

## **Zusammenfassung**

Die Borderline – Persönlichkeitsstörung gehört zu den chronisch psychiatrischen Krankheiten und ist in der klinischen Praxis oft anzutreffen. Dabei spielt die professionelle Beziehung zwischen den Patienten und den Pflegefachpersonen eine zentrale Rolle und ist eine grosse Herausforderung für Pflegefachpersonen (Paris, 2005). Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung kommen oft wegen selbstschädigendem und suizidalem Verhalten in die Notfallaufnahme (Abderhalden, 2006; Béguelin & Marbach, 2005). Bezüglich der psychiatrischen Pflege fehlen diesen Pflegefachpersonen zwischenmenschliche und fachliche Kenntnisse und können oft nicht das nötige Verständnis für die von der Krankheit Betroffenen aufbringen (Abderhalden, 2006).

Viele Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung erfahren in der Kindheit traumatische Erlebnisse. Ein Viertel der Patienten sind sexuell misshandelt worden. (Paris, 1997 zit. in Paris, 2005). Sie lernen durch die traumatischen Erfahrungen Schutzmechanismen, welche den Beziehungsaufbau mit Pflegefachpersonen erschweren können. Die Schutzmechanismen beinhalten Spaltungen, Projektionen, Ablehnungen, die Unfähigkeit positive und negative Aspekte zu integrieren und Vereinbarungen einzugehen (American Psychiatric Association, 1987 zit. in Joyce & Thompson, 1990).

In der vorliegenden systematischen Literaturübersicht werden Pflegeinterventionen für den Beziehungsaufbau mit Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung und Pflegefachpersonen aus der wissenschaftlichen Literatur vorgeschlagen.

Vier Monate wurde in den Datenbanken Medline, Cinahl, Cochrane und PsycInfo nach Ergebnissen gesucht. Folgende Begriffe wurden für die Datensammlung genutzt: „borderline personality disorder“, „intervention“, „relation“ und „nurs\*“. Elf Studien wurden schliesslich zur Beantwortung der Forschungsfrage einbezogen. Daraus ergaben sich folgende Pflegeinterventionen: Vertrauen aufbauen, verfügbar und zugänglich sein, Interaktion und Kommunikation führen, mit Gegenübertragungen umgehen, Grenzen setzen, Pflegeinterventionen aus der dialektisch behavioralen Therapie und aus kurzen Therapieplänen und unterstützende Interventionen für Pflegefachpersonen und das Team.

Fachhochschule Westschweiz, Standort Visp, Studiengang Pflege

---

Diplomarbeit

**Borderline –  
Persönlichkeitsstörung**

**Effektive Pflegeinterventionen  
bezüglich des  
Beziehungsaufbaus**

Eine systematische Literaturübersicht

Begleitperson:

Franziska Heldner – Metzger, Pflegeexpertin (HöFA II)

Verfasst von:

Susanne Kalbermatter

Juli 2007

# **Inhaltsverzeichnis**

<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>1</b>
1.1	Fragestellung und Ziel .....	3
<b>2</b>	<b>Theoretischer Rahmen.....</b>	<b>4</b>
2.1	Die Borderline – Persönlichkeitsstörung.....	4
2.2	Pflege und therapeutische Beziehungen .....	7
<b>3</b>	<b>Methodenbeschreibung .....</b>	<b>9</b>
3.1	Methode der Datensammlung .....	9
3.2	Methode der Datenauswahl .....	10
3.3	Methode der Datenanalyse .....	10
<b>4</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>11</b>
4.1	Pflegeinterventionen bezüglich des Beziehungsaufbaus .....	12
4.1.1	Vertrauen aufbauen .....	12
4.1.2	Verfügbar und zugänglich sein.....	14
4.1.3	Interaktion und Kommunikation führen.....	14
4.1.4	Mit Gegenübertragungen umgehen .....	15
4.1.5	Grenzen setzen.....	17
4.1.6	Pflegeinterventionen aus der dialektisch behavioralen Therapie für das Allgemeinspital .....	18
4.1.7	Pflegeinterventionen aus kurzen Therapieplänen .....	19
4.2	Unterstützende Interventionen für Pflegefachpersonen und das Team.....	20
<b>5</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>21</b>
5.1	Pflegeinterventionen bezüglich des Beziehungsaufbaus .....	22
5.1.1	Vertrauen aufbauen .....	22
5.1.2	Verfügbar und zugänglich sein.....	23
5.1.3	Interaktion und Kommunikation führen.....	24
5.1.4	Mit Gegenübertragungen umgehen .....	25
5.1.5	Grenzen setzen.....	26
5.1.6	Pflegeinterventionen aus der dialektisch behavioralen Therapie für das Allgemeinspital .....	27
5.1.7	Pflegeinterventionen aus kurzen Therapieplänen .....	28
5.2	Unterstützende Interventionen für Pflegefachpersonen und das Team.....	28
5.3	Kritische Würdigung .....	29
<b>6</b>	<b>Schlussfolgerung .....</b>	<b>30</b>

# 1 Einleitung

Die vorliegende systematische Literaturübersicht befasst sich mit dem Beziehungsaufbau zwischen Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung und Pflegefachpersonen.

Die Borderline – Persönlichkeitsstörung gehört zu einer chronisch psychiatrischen Krankheit und ist in der klinischen Praxis oft anzutreffen. Sie wird nach dem Klassifikationssystem dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders anhand von neun Kriterien definiert. Die in den Kriterien vorhandenen Hauptmerkmale der Krankheit sind: Impulsivität, Stimmungsschwankungen, interpersonale Beziehungsprobleme, suizidales und selbstverletzendes Verhalten (Paris, 2005).

Die Prävalenz für die Borderline – Persönlichkeitsstörung beträgt weltweit zwischen 1,1% und 1,8%. Frauen sind viel häufiger als Männer betroffen, das Verhältnis beträgt drei zu eins. Die Störung bricht häufig in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter aus. Die Intensität und Häufigkeit der Symptomatik können im mittleren Alter abnehmen. 75% aller Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung weisen in ihrer Vorgeschichte mindestens eine selbstverletzende Handlung auf. Die Suizidrate bei Betroffenen mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung liegt bei 9% (Böhme & Bohus). 41% der Betroffenen leiden an Suizidversuchen (Forman, Berk, Henriques, Brown & Beck, 2004 zit. in Paris, 2005).

Durch das selbstverletzende Verhalten der von der Krankheit Betroffenen oder durch deren unangemessenes Reagieren in Situationen wie zum Beispiel heftige Wutausbrüche oder Schwierigkeiten die Wut zu kontrollieren, erschrecken die Menschen in der Umgebung. Psychische Erkrankungen stellen in der Gesellschaft einen Makel dar, die Betroffenen werden stigmatisiert. Durch diese Stigmatisierung werden die psychisch Kranken unsicher und rechnen damit, von ihrem Umfeld abgelehnt zu werden (Sauter, Abderhalden, Needham & Wolff, 2004). Der Begriff „Persönlichkeitsstörung“ ruft auch bei Pflegefachpersonen negative Reaktionen hervor. Oft werden die Patienten mit der Borderline - Persönlichkeitsstörung weniger „krank“ als andere Patienten eingestuft und mit weniger Empathie behandelt (Gallop, 1989 zit. in Fallon, 2003). Pflegefachpersonen haben das Gefühl, dass sie von Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung durch deren selbstverletzendes und suizidales Verhal-

ten manipuliert werden, damit diese Aufmerksamkeit erhalten (Gallop, 2002, Horsfall, 1999, Kehrberg, 1997, McElroy & Sheppard, 1999 zit. in Starr, 2004).

In einem Buch über die Notfallpflege wird beschrieben, dass Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung oft wegen selbstschädigendem Verhalten in die Notfallaufnahme kommen. Das Verhalten der Pflegefachpersonen soll korrekt, distanziert und sachlich sein; schroffe Ablehnung wie auch übermässige Zuwendung sind zu vermeiden (Béguelin & Marbach, 2005). Pflegefachpersonen, die in psychiatrischer Pflege nicht ausgebildet sind, haben Schwierigkeiten das Suizidrisiko einzuschätzen und suizidale Patienten zu pflegen. Sie berichten über ein unsicheres Gefühl und fühlen sich wenig auf Patienten mit Suizidversuchen vorbereitet. Bezüglich der psychiatrischen Pflege fehlen den Pflegefachpersonen zwischenmenschliche und fachliche Kenntnisse. Sie erleben beim Pflegen von Suizidversuchen und Selbstverletzungen Gefühle wie Ärger, Frustration, Hilflosigkeit und Ambivalenz und können oft nicht das nötige Verständnis für diese Patienten aufbringen (Abderhalden, 2006). Durch negative Erfahrungen während des Spitalaufenthaltes können die Patienten Gefühle wie stigmatisiert, nicht beachtet und abgelehnt zu werden, erleben (Gallop, 2002, Horsfall, 1999, Kehrberg, 1997, McElroy & Sheppard, 1999 zit. in Starr, 2004). Die Erfahrungen in Allgemeinspitälern haben jedoch einen grossen Einfluss auf suizidale Krisen in der Zeit nach der Hospitalisation (Abderhalden, 2006).

Die sexuellen oder physischen Missbräuche, die Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung während der Kindheit erlebt haben, wirken sich negativ auf die spätere Beziehungsgestaltung mit Pflegefachpersonen aus. Diese Patienten lernen während der Zeit der Misshandlung Strategien um Distress und Verluste zu managen und nehmen beschützende, unterstützende oder protektive Rollen ein. Das Vertrauen zu diesen Patienten zu gewinnen ist schwierig, weil sie aufgrund ihrer Erfahrungen die Menschen ihrer Umgebung ständig testen. Personen, die Gewalt erlebt haben, wissen nicht was und wer vertrauensvoll ist (Ainsworth, 1989 zit. in Langley & Klopper, 2005). Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung verfügen über charakteristische Eigenschaften oder Mechanismen, die sie vor Ängsten und Sorgen schützen. Diese Schutzmechanismen beinhalten Spaltungen, Projektionen, Ablehnungen, die Unfähigkeit positive und negative Aspekte zu integrieren und Vereinbarungen einzugehen. Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung können starke Gegenübertragbarkeitsgefühle wachrufen und negative Gefühle stellen zu-

sätzliche Problematiken im Aufbau von Beziehungen mit Pflegefachpersonen dar (American Psychiatric Association, 1987 zit. in Joyce & Thompson, 1990).

Die professionelle Beziehung zwischen den Patienten und den Pflegefachpersonen spielt eine zentrale Rolle in der Therapie und ist eine grosse Herausforderung für Pflegefachpersonen (Paris, 2005). Für Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung stellen Beziehungen jedoch die grösste Unterstützung dar (Fallon, 2003). Eine systematische Literaturübersicht über effektive Pflegeinterventionen bezüglich des Beziehungsaufbaus bei Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung ist noch nicht veröffentlicht worden. Piccino (1990) weist darauf hin, dass Pflegefachpersonen gegenüber Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung professioneller und persönlicher werden, wenn sie ihr Verständnis und ihr Wissen erhöhen. Polit, Beck & Hungler (2004) beschreiben, dass von Pflegefachpersonen erwartet wird, dass diese vermehrt wissenschaftlich basiertes Wissen in die Praxis übernehmen. Das wissenschaftlich basierte Wissen dient dazu, Entscheidungen, Handlungen und Interaktionen bei Patienten zu begründen und sich gegenüber diesen professionell und verantwortungsbewusst zu verhalten.

## **1.1 Fragestellung und Ziel**

Von der Problembeschreibung wird folgende Fragestellung abgeleitet:

Welche effektiven Pflegeinterventionen bezüglich des Beziehungsaufbaus sind bei Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben?

Mit der systematischen Literaturübersicht sollen konkrete Angaben aus der wissenschaftlichen Literatur zur professionellen, therapeutischen Beziehungsgestaltung mit Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung zusammengetragen werden, welche als effektive Pflegeinterventionen genutzt werden können. Das Zielpublikum sind vor allem Pflegefachpersonen in Allgemeinspitälern und auf Notfallstationen, die in psychiatrischer Pflege nicht oder wenig ausgebildet sind. Es ist anzunehmen, dass sich Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung durch eine von Pflegefachpersonen professionell gestalteten Beziehung weniger stigmatisiert fühlen und somit ihr zukünftiges Krisenverhalten nach der Hospitalisation verbessert wird.

## 2 Theoretischer Rahmen

### 2.1 Die Borderline – Persönlichkeitsstörung

Die Borderline – Persönlichkeitsstörung kann anhand von zwei Klassifikationssystemen definiert werden: das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) und das International Classification of Disease (ICD 10) (Fachvertreter universitärer Einrichtungen der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie und der psychosozialen Medizin, 2000).

Im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders wird die Borderline – Störung im Bereich der Persönlichkeitsstörungen eingeordnet. Sie wird anhand von neun Kriterien definiert, wobei fünf davon erfüllt werden müssen um die Diagnose zu stellen. Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung vermeiden reales oder vorgestelltes Alleinsein und haben Angst vor Trennungen. Sie leiden unter einer ausgeprägten Sensibilität der Stimmung, die von häufigen Stimmungsschwankungen begleitet wird. Bei ihnen besteht ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, die durch Wechsel zwischen Extremen von Idealisierung und Abwertung gekennzeichnet sind. Sie leiden an einer Identitätsstörung, die durch ein instabiles Selbst – Bild oder Selbst – Gefühl geprägt ist. Das Krankheitsbild beinhaltet Impulsivität in mindestens zwei Bereichen, die potentiell selbstschädigend sind wie zum Beispiel Verschwendung in Form von Glücksspiel und leichtsinniges Fahren. Die Betroffenen sind gekennzeichnet durch wiederkehrendes suizidales Verhalten, Gesten, Drohungen oder selbstverletzendes Verhalten. Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung leiden unter chronischen Gefühlen von Leere. Die Betroffenen erleben unangemessene und heftige Zornausbrüche oder Schwierigkeiten ihre Wut zu kontrollieren und haben mit dauerndem Zornigsein und körperlichen Auseinandersetzungen mit anderen zu kämpfen. Sie werden auch von vorübergehenden, stressbezogenen paranoiden Vorstellungen oder schweren dissoziativen Symptomen begleitet (Leichsenring, 1996).

Psychose ähnliche Symptome sind bei manchen Patienten unter Stress möglich. Zudem treten Suizide besonders in Verbindung mit affektiven Störungen oder Substanzbezogenen Störungen auf. Kindheitserfahrungen wie zum Beispiel physischer und sexueller Missbrauch, Vernachlässigung, Feindseligkeit, frühe Verluste oder Trennungen von Eltern sind für Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung üblich. Begleiterkrankungen der Borderline – Persönlichkeitsstörung sind Essstörungen,

affektive-, Substanz bezogene-, die posttraumatische Stress- und die Aufmerksamkeits – Defizits – Störung (Leichsenring, 1996).

Nach dem International Classification of Disease wird die Borderline – Persönlichkeitsstörung als eine Form der emotionalen – instabilen Persönlichkeitsstörung bezeichnet. Es wird zwischen dem impulsiven und dem Borderline Typus unterschieden. Beim impulsiven Typus werden emotionale Instabilität, mangelnde Impulskontrolle, Ausbrüche von gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten, vor allem bei Kritik durch andere, beschrieben. Zum Borderline Typus zählen Symptome wie emotionale Instabilität, unklares Selbstbild, unklare Ziele, die Neigung zu intensiven, jedoch unbeständigen Beziehungen und wiederholte Krisen begleitet durch Suiziddrohungen oder selbstschädigendes Verhalten. Im International Classification of Disease werden weniger, jedoch dieselben Symptome wie im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der Klassifikation beschrieben (Leichsenring, 1996).

Die Ursachen der Borderline – Persönlichkeitsstörung können in biologische, psychologische und soziale Faktoren eingeteilt werden (Paris, 2005).

#### *Biologische Faktoren:*

Diese Faktoren sind vererbt oder angeboren. Es handelt sich um Denk-, Affekt- und Verhaltensmuster, die das Individuum charakterisieren und sich später stabilisieren können (Rutter, 1987 zit. in Paris 2005). Studien über die zentralen Neurotransmitter zeigen, dass die Impulsivität mit Defiziten der zentralen Serotonin – Funktion assoziiert ist. Die biologischen Faktoren sind noch zu wenig spezifisch erfasst (Gurvits, Koenigsberg & Siever, 2000, Zweig, Schwartz, Steiger & Nair, 2004 zit. in Paris, 2005).

#### *Psychologische Faktoren:*

Bei den psychologischen Ursachen handelt es sich häufig um dysfunktionale Familiensysteme. Die Stimmungsschwankungen und impulsiven Symptome sind auf Kindheitserfahrungen zurück zu führen, bei denen Betroffene traumatische Erfahrungen erlebt haben. Ein Viertel der Patienten sind sexuell misshandelt worden. Misshandlungen sind ein klarer Risiko – Faktor die Borderline – Persönlichkeitsstörung zu entwickeln (Paris, 1997 zit. in Paris, 2005).



### *Soziale Faktoren:*

Die sozialen Gründe sind auf die moderne Gesellschaft zurückzuführen. Die schnellen Veränderungen in der Gesellschaft können Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörungen nicht nachvollziehen und haben Schwierigkeiten diese auszuhalten. Sie kommen damit nicht zu Recht. Die Folgen dieser Schwierigkeiten können sich häufig in Suizidversuchen zeigen (Paris, 1996 zit. in Paris, 2005).

Die Definition des suizidalen Verhaltens lautet: Ein Suizidversuch ist ein Selbsttötungsversuch ohne tödlichen Ausgang. Charakteristisch für Suizidversuche sind eine deutliche Todesabsicht und der Glaube mit der angewandten Methode das Ziel zu erreichen. Ein Parasuizid wird als Suizidversuch erklärt, dessen Motiv primär ein Appell an Mitmenschen ist. Diese Art von Suizidversuch wird oft ausgeführt, dass Zeugen die Handlung bemerken oder den Betroffenen mit grosser Wahrscheinlichkeit rechtzeitig finden (Sauter, Abderhalden, Needham & Wolff, 2004).

Die Pflegediagnose Selbstverletzung wird nach NANDA als ein bewusstes selbstverletzendes Verhalten definiert. Dieses führt zu einem Gewebeschaden in der Absicht Spannungszustände zu reduzieren und sich eine nichttödliche Verletzung zuzuführen (Sauter, Abderhalden, Needham & Wolff, 2004). Vier Funktionen des selbstverletzenden Verhaltens werden erklärt: Verarbeitung eines Traumas, Ausdruck der Gefühle, Regulation emotionaler und physischer Zustände und Management dissoziativer Prozesse (Connors, 1996 zit. in Starr, 2004). Das Selbstverletzen stellt eine Kontrolle des Lebens und einen Weg sich zu beruhigen dar. Verschiedene Gefühle häufen sich bis sich der Körper in einem hohen Anspannungszustand befindet. Betroffene können Dissoziationen (kurze Unterbrechung der Bewusstheit, des Gedächtnisses, des Identitätserlebens und der Wahrnehmung der Umwelt) erleben, bis durch einen starken Impuls wie zum Beispiel durch die Selbstverletzung dieser Zustand gestoppt wird. Dissoziationen werden von Gefühlen innerer Leere, Starrheit und Dispersonalisierung begleitet. Betroffene berichten, dass sie während der Selbstverletzung körperlich nichts spüren. Sie beschreiben die starken emotionalen Schmerzen, die sie erleben. Begleiterscheinungen der Selbstverletzung können Depressionen, Hoffnungslosigkeit, Isolation, Schuld und Ablehnung sein (Dallam, 1997 zit. in Starr, 2004).

Das selbstverletzende und das suizidale Verhalten werden teils durch dieselben Faktoren wie die Borderline – Persönlichkeitsstörung verursacht. Starr (2004) beschreibt, dass zwischen sexuellen, physischen Missbräuchen, Gewalt, dysfunktionalen Familien, Selbstbestrafung, Wut, Ärger und Flashbacks (Bezeichnung für die Wiederkehr sich aufdrängender Bilder, Erinnerungen oder übermässiger Sinneseindrücke) und dem selbstverletzenden und suizidalen Verhalten eine Beziehung besteht. Betroffene haben nicht gelernt selbstbewusst zu sein. Sie suchen über Jahre nach der eigenen Identität. Leute, die sich selbst verletzen, haben Angst vor dem Alleine sein, weil früher während den Missbräuchen niemand das Geschehen gestoppt hat.

## **2.2 Pflege und therapeutische Beziehungen**

Peplau (1988 zit. in Simpson, 1997) fasst das Konzept Pflege folgendermassen zusammen: Die Pflege ist ein signifikanter, therapeutischer und interpersonaler Prozess. Pflegefachkräfte beteiligen sich an der Organisation von Bedingungen, welche die natürlich ablaufenden Tendenzen im menschlichen Organismus unterstützen. Pflege kann als fördernde Kraft bezeichnet werden. Sie hat das Ziel ein kreatives, konstruktives, produktives, persönliches und gesellschaftliches Leben zu fördern.

Simpson (1997) beschreibt, dass die Pflege anhand der Pflege Theorie nach Peplau viele verschiedene Aufgaben von Pflegefachpersonen erfordert. Die Hauptaufgabe jeder Pflegefachperson ist die unterstützende Tätigkeit. Sie soll Patienten bei der Befriedigung der persönlichen Bedürfnisse unterstützen. Voraussetzungen für eine erfolgreiche Pflege sind, dass Pflegefachpersonen über eine warmherzige Art und das nötige Fachwissen verfügen. Die Pflege beinhaltet nicht nur theoretische Kenntnisse. Pflegefachpersonen müssen vor allem wissen, wie sie sich gegenüber Patienten verhalten sollen. Dies ist wichtig, damit sich Patienten und Pflegefachpersonen mit und durch den anderen weiterentwickeln können. Dadurch hat die Pflege eine erzieherische und therapeutische Funktion.

Die Beziehung zwischen Patienten und Pflegefachpersonen bildet den Rahmen für Pflegemassnahmen, die Patienten unterstützen sollen ihre Gesundheit wiederzuerlangen. Eine professionell gestaltete Beziehung hat das Ziel Patienten und Pflegefachpersonen zu befähigen, dass sie zueinander finden und vertrauensvoll zusammenarbeiten. Die Beziehung zwischen Patienten und Pflegefachpersonen kann als therapeutische Beziehung bezeichnet werden, sobald der Patient und Pflegefachper-

sonen aus den Interaktionen gelernt und profitiert haben. Sie sind dann fähig eine wirkliche Beziehung aufzubauen (Simpson, 1997).

Sauter, Abderhalden, Needham & Wolff (2004) definieren therapeutische Beziehungen anhand übergeordneter Funktionen, die einen Rahmen für Begegnungen bieten. Beziehungen stellen eine Unterstützung dar, sind aber nicht Ziel der eigentlichen Behandlung. Jeder Kontakt zu Patienten beinhaltet das Potenzial, dass er therapeutisch wird. Pflegebeziehungen sind die Grundlage für einen Prozess, bei dem bestimmte Ziele erreicht werden sollen und sich Verhaltensvorgaben und -vorschriften ergeben. Patienten haben besondere Erwartungen und Ansprüche an die Pflegefachpersonen, die von diesen auf eine professionelle Art und Weise erfüllt werden sollen. Patienten wünschen sich, dass Pflegefachpersonen einfühlsam sind, verständlich mit ihnen reden und eine akzeptierende und fördernde Haltung einnehmen. In der Psychiatrie haben Pflegefachpersonen einen grossen Teil der Verantwortung für die Gestaltung der Beziehung mit den Patienten. Wesentliche Elemente für die Zusammenarbeit von Patienten und Pflegefachpersonen sind Vertrauen, Verlässlichkeit und Verständnis. Folgende Therapeutenmerkmale nach Rogers werden beschrieben um die Entwicklung der Beziehung zwischen Patienten und Pflegefachpersonen zu fördern: die Kongruenz, positive Wertschätzung, bedingungsfreies Akzeptieren, Orientierung an der Wahrnehmungswelt der Patienten und die Empathie. Kongruenz bedeutet, dass Pflegefachpersonen ihre eigenen Gefühle kennen und in die Beziehung mit Patienten einbringen. Sie fordert nach Echtheit und kann eine intensive Auseinandersetzung mit sich selbst bedeuten. Die positive Wertschätzung durch Pflegefachpersonen kann Patienten befähigen sich selbst zu akzeptieren und auf sich selbst zu achten. Das bedingungsfreie Akzeptieren bedeutet, alle Empfindungen eines Menschen zu akzeptieren und nicht nur solche, die den Erwartungen entsprechen. Die Orientierung an der Wahrnehmungswelt der Patienten und die Empathie stehen in enger Verbindung. Die Orientierung an der Wahrnehmungswelt bedeutet Anteilnahme, bedingungsfreie Zuwendung und Warmherzigkeit von Pflegefachpersonen gegenüber Patienten. Die Empathie heisst einfühlsames Verstehen. Pflegefachpersonen sollen sich bemühen die innere Realität von Patienten wahrzunehmen, zu verstehen und diese zu kommunizieren.

### 3 Methodenbeschreibung

Die Forschungsfrage wurde mit einer systematischen Literaturübersicht beantwortet. Die Diplomarbeit in Form einer systematischen Literaturübersicht muss nicht durch die Ethikkommission bewilligt werden. Jedoch wurde darauf geachtet, dass in den ausgewählten Studien die ethischen Aspekte beachtet, beziehungsweise keine der Ethik widersprechenden Angaben gemacht wurden.

Die Vertrauenswürdigkeit der vorliegenden systematischen Literaturübersicht wird durch folgende Aspekte gestützt: durch das Besprechen in Kleingruppen in der Schule und mit der Begleitperson, durch das Führen der Protokolle der Besprechungen, durch die systematische Suche in mehreren Datenbanken über vier Monate (November 2006 - Februar 2007), durch das systematische Auswählen und die systematische Analyse der Studien. Beim Lesen der Studien wurde darauf geachtet, dass ethische Aspekte bei der Methode berücksichtigt wurden. Durch korrekte und konsequente Literaturangaben wurden keine Plagiate gemacht.

#### 3.1 Methode der Datensammlung

Die Datensammlung erfolgte über die pflegespezifischen Datenbanken Medline, CINAHL, Cochrane und PsycInfo. Da die erste Suche mit und ohne MeSH – Begriffe dieselben Studien ergab, wurde in der Folge ohne MeSH – Begriffe weiter gesucht. Folgende Begriffe wurden für die Datensammlung genutzt: Für die Borderline – Persönlichkeitsstörung wurde „borderline personality disorder“, für Pflegeinterventionen „intervention“ und für den Beziehungsaufbau zwischen Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung und Pflegefachpersonen „relation“ verwendet. Durch den Begriff „nurs\*“ wurden die Begriffe „intervention“ und „relation“ mit der Pflege in Verbindung gebracht. Die Suchbegriffe wurden in folgenden Kombinationen verwendet: Zuerst wurden die Suchbegriffe einzeln eingegeben. Dies ergab zu viele Ergebnisse um Studien auszuwählen. Dann wurden alle Begriffe zusammen eingegeben, dies ergab wiederum zu wenige Ergebnisse. Die Suche wurde schliesslich durch das Weglassen einzelner Begriffe, ausser „borderline personality disorder“, erweitert. Am Schluss wurde nur mit „borderline personality disorder“ und „nurs\*“ gesucht. Die genaue Suchstrategie ist im Anhang 1 ersichtlich.

### **3.2 Methode der Datenauswahl**

Nach einer ersten Durchsicht wurden alle Studien, die nicht zwischen 1990 bis 2006 und nicht in deutscher oder englischer Sprache erschienen waren, ausgeschlossen. In einem zweiten Schritt wurden jene Studien ausgewählt, bei denen in der Inhaltsangabe oder bei dessen Fehlen im Titel die Pflege oder der Beziehungsaufbau zwischen Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung und Pflegefachpersonen thematisiert wurden. 12 Studien wurden bestellt und anschliessend gelesen. Eine Studie wurde ausgeschlossen, da beim Lesen festgestellt wurde, dass sie sich nicht zur Beantwortung der Forschungsfrage eignete. Elf Studien wurden zur Datenanalyse berücksichtigt.

### **3.3 Methode der Datenanalyse**

Die Datenanalyse erfolgte durch das Lesen und das Zusammenfassen der Studien. Diese wurden anhand folgendem Raster zusammengefasst: Die Beschreibung des Designs, des Settings und des Samples, der Forschungsfrage und des Ziels, der Methode oder des Aufbaus, der Ergebnisse und der Schlussfolgerung der Autoren. Die Zusammenfassungen der Studien sind im Anhang 2 ersichtlich.

Die Qualität der einbezogenen Studien wurde anhand der Gütekriterien Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit nach Behrens und Langer (2004) überprüft. Die Beurteilungsbögen sind im Anhang 3 ersichtlich. Die Glaubwürdigkeit beinhaltet die Stellung von Forschungsfragen oder Zielen, die Beschreibung der Datensättigung, der Teilnehmer und deren Einschlusskriterien, die Durchführung einer Literaturrecherche und die Angaben der Quellen der verarbeiteten Literatur. Durch die Ähnlichkeit verschiedener Ergebnisse wird die Glaubwürdigkeit auch erhöht. Die Aussagekraft beinhaltet die Stichprobengrösse, die Nachvollziehbarkeit und die Bestätigung der Studienergebnisse durch die Teilnehmer. Die Nachvollziehbarkeit kann durch Zitate von Studienteilnehmern und durch Fallbeispiele gesteigert werden. Die Anwendbarkeit beinhaltet die Übertragbarkeit der Ergebnisse und Möglichkeiten zu deren Umsetzung. Das Raster der Zusammenfassungen wurde durch die Gütekriterien, die Ethik und die Einteilung der Evidenzstufen nach Stetler (1998) ergänzt. Die Tabelle zu den Evidenzstufen nach Stetler (1998) ist im Anhang 4 ersichtlich.

Im letzten Schritt der Datenanalyse wurden anhand der Ergebnisse Konzepte erstellt. Aus diesen ergaben sich die verschiedenen Pflegeinterventionen bezüglich des Beziehungsaufbaus zwischen Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung und Pflegefachpersonen.

## 4 Ergebnisse

Elf Studien wurden zur Zusammenfassung der Ergebnisse verwendet. Diese decken eine Zeitspanne von 1990 bis 2005 ab. Zehn Studien stammen aus verschiedenen Regionen Nordamerikas und eine stammt aus Afrika. Der Evidenzgrad nach Stetler (1998) beträgt bei vier Studien 4, bei dreien 5 und bei den restlichen vier 6.

Bei den Studien mit dem Evidenzgrad 4 handelt es sich um qualitative Studien von Langley & Klopper (2005), Fallon (2003), Nehls (2000) und Nehls (1994). Bei diesen werden Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung und/oder Professionelle wie Pflegefachpersonen, Psychiater, Psychologen und Sozialarbeiter zu Interventionen für die therapeutische Beziehung, die die Gesundheit der Patienten positiv beeinflussen, in unstrukturierten Interviews bis zu zwei Stunden befragt. Die Forschungsfragen und die Ziele werden beschrieben. Fallon (2003), Nehls (2000) und Nehls (1994) beschreiben das qualitative Design und dessen Begründung zur Auswahl. Sie verwenden die „grounded theory“ und die „interpretative Phänomenologie, die Hermeneutik“. Langley & Klopper (2005) beschreiben die Datenanalyse der Methodik nicht und erwähnen nicht explizit das gewählte qualitative Design. Die Stichprobengrösse erstreckt sich von sieben bis siebzehn Teilnehmern. Das Einschlusskriterium der Patienten ist die Erfahrung mit Gesundheitsdiensten und das der Professionellen ist die Erfahrung mit Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung. Die Datensättigung wird in keiner Studie beschrieben. Die Ergebnisse wurden durch die Teilnehmer validiert und in den Studien mit Zitaten der Studienteilnehmer untermauert. Möglichkeiten zur Umsetzung der Ergebnisse werden in den Studien beschrieben. Alle Studien sind von einer Ethikkommission bewilligt worden, die Teilnehmer sind über das Vorgehen in der Studie und über die Freiwilligkeit beim Mitmachen informiert worden.

Bei den Studien mit dem Evidenzgrad 5 handelt es sich um Fallberichte von Nora & Hinojosa (2005), Jeff, Huffmann, Theodore, Rebecca et al. (2003) und Joyce & Thompson (1990). Bei diesen werden Pflegeinterventionen innerhalb eines psychoanalytischen Prozesses, der dialektisch behavioralen Therapie und des Pflegemodells „einheitlicher Mensch“ von Martha Rogers beschrieben. Die Autoren beschreiben die Ziele, Absichten und die Personen in den Fallbeispielen der Studien. Die Methodik fehlt in allen Fallberichten. Die Inhalte und Interventionen für den Beziehungsaufbau zwischen Pflegefachpersonen und der von der Krankheit Betroffenen werden

durch Fallbeispiele konkretisiert. Die Fallberichte verfügen über Literaturlisten, die zwischen 10 und 25 Quellen enthalten. Bei den Fallberichten werden keine Angaben zu ethischen Aspekten gemacht. Die persönlichen Angaben der Personen in den Fallbeispielen werden anonym gehalten.

Bei den Studien mit dem Evidenzgrad 6 handelt es sich um Meinungen von folgenden Experten auf dem Gebiet von Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung: Cook, Clancy & Sanderson (2004), Starr (2004), Bowden (2002) und Piccino (1990). Diese beschreiben Interventionen für die Verbesserung der therapeutischen Beziehung zwischen den Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung und Pflegefachpersonen. Ausser Starr (2004) beschreiben alle Autoren die Ziele und Absichten der Studien. Die Studien verfügen über keine Systematik. Die Literaturlisten der Studien beinhalten zwischen 14 und 25 Quellen. Bei den Studien sind keine ethischen Aspekte beschrieben.

Die Ergebnisse sind in „Pflegeinterventionen bezüglich des Beziehungsaufbaus“ und in „unterstützende Interventionen für Pflegefachpersonen und das Team“ gegliedert.

#### **4.1 Pflegeinterventionen bezüglich des Beziehungsaufbaus**

Die Pflegeinterventionen bezüglich des Beziehungsaufbaus sind in folgende Kategorien eingeteilt: Vertrauen aufbauen, verfügbar und zugänglich sein, Interaktion und Kommunikation führen, mit Gegenübertragungen umgehen, Grenzen setzen, Pflegeinterventionen aus der dialektisch behavioralen Therapie und aus kurzen Therapieplänen. Innerhalb einer Kategorie werden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Arbeiten nach Evidenzgrad und nach Erscheinungsjahr gegliedert.

##### **4.1.1 Vertrauen aufbauen**

Langley & Klopfer (2005) haben sechs Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung, drei Psychiater, vier Psychiatriepflegefachfrauen, einen Sozialarbeiter und zwei Psychologen nach Verbesserungsmöglichkeiten der mentalen Gesundheit der Patienten und des therapeutischen Managements bei Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung befragt. Vertrauen stellt die wichtigste Grundlage für die therapeutische Beziehung dar. Folgende Begrifflichkeiten benutzen die Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung und die Professionellen im Interview für den Aufbau von Vertrauen: Pflegefachpersonen zeigen Interesse den Betroffenen zu helfen; sie sind verfügbar, zugänglich, verständnisvoll. Pflegefachpersonen hören den Patienten zu und geben Sicherheit; sie sind ehrlich, behandeln die Patienten mit der

Borderline – Persönlichkeitsstörung als erwachsene Personen und verfügen über eine ruhige, professionelle, flexible und empathische Art. Pflegefachpersonen nehmen sich für die Patienten Zeit und vermitteln Hoffnung. Die Professionalität der Pflegefachpersonen beschreiben die Patienten wie folgt: Pflegefachpersonen sind ehrlich, vertraulich, flexibel, empathisch und verfügen über Expertenwissen. Professionalität bedeutet den Patienten einzubeziehen und Vertrauen zu vermitteln. Das Vertrauen wird mit Hoffnung in Verbindung gebracht. Hoffnung bedeutet vorwärts, auf zukünftige Situationen schauen. Die Teilnehmer fügen zum Faktor Vertrauen hinzu, dass dieser Zeit in Anspruch nimmt, bis er in einer Beziehung mit Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung besteht. Die Entwicklung von Vertrauen in der therapeutischen Beziehung ist ein Prozess mit verschiedenen Phasen und entwickelt sich mit jedem Patienten individuell.

Fallon (2003) befragt sieben Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung zu Interventionen für den Beziehungsaufbau zwischen ihnen und Pflegefachpersonen. Die Teilnehmer beschreiben im Interview, dass Vertrauen in der therapeutischen Beziehung eine zentrale Rolle spielt. Die Inhalte für Vertrauen werden folgendermassen bezeichnet: Pflegefachpersonen sollen über eine ruhige, geduldige, flexible, empathische, interessierte, verständnisvolle, geradlinige Art und über Fachkenntnisse verfügen.

Cook, Clancy & Sanderson (2004) empfehlen in einer Expertenmeinung Pflegeinterventionen um die therapeutische Beziehung zwischen Patienten, die sich selbst verletzen und Suizidversuche machen und Pflegefachpersonen zu verbessern. Patienten leugnen oft ihre Verhaltensweisen. Pflegefachpersonen sollen in solchen Situationen ruhig und geduldig bleiben. Für Gespräche spielt ein ungestörter Raum eine zentrale Rolle. Pflegefachpersonen sollen Ressourcen der Patienten einbeziehen und die Perspektive der Patienten empathisch betrachten. In der Zusammenarbeit mit diesen Patienten sollen Pflegefachpersonen klare Grundsätze festlegen und die Patienten unterstützen um Vertrauen in der therapeutischen Beziehung aufzubauen.



#### **4.1.2 Verfügbar und zugänglich sein**

Verfügbar und zugänglich sein werden in zwei qualitativen Studien als Pflegeinterventionen für den Umgang mit Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung beschrieben. Die Teilnehmer in der Studie von Langley und Klopper (2005) äussern bezüglich der Verfügbarkeit und Zugänglichkeit, dass Pflegefachpersonen zu bestimmten Zeiten anwesend sein müssen, was sich wiederum auf das Vertrauen positiv auswirkt. Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung haben in der Befragung von Fallon (2003) berichtet, dass flexible Zugänglichkeit der Kliniken sehr wichtig und unterstützend ist. Patienten sollten zu jeder Zeit Kontakt mit Kliniken aufnehmen können.

#### **4.1.3 Interaktion und Kommunikation führen**

Professionelle und Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung berichten in der Studie von Langley & Klopper (2005), dass Dialoge sehr unterstützend erlebt werden. Dabei ist das aktive Zuhören wichtiger als das Verstehen des Geschehenen. Die Anwesenheit von Pflegefachpersonen wird von den Patienten geschätzt. Durch das aktive Zuhören der Pflegefachpersonen kann die Selbstachtung der Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung gesteigert werden. Die Möglichkeit Angehörige der Patienten in Dialoge einzubeziehen kann die Entwicklung des Vertrauens in der therapeutischen Beziehung fördern.

Die Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung haben in der Befragung von Fallon (2003) bezüglich der Kommunikation Folgendes geantwortet: Unterstützende Therapie ist, wenn Pflegefachpersonen den Patienten aktiv zuhören, Zeit geben und emotional unterstützen. Dialoge stellen auch eine grosse Unterstützung dar. Trainierte, erfahrene Pflegefachpersonen, so genannte Schlüsselarbeiter werden von den Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung geschätzt. Sie berichten, dass Beziehungen zu Schlüsselarbeitern sie stärker unterstützen als Beziehungen zu anderen Pflegefachpersonen, da die Schlüsselarbeiter über mehr Fachkenntnisse verfügen. Schlüsselarbeiter werden als trainierte und erfahrene Arbeiter definiert, die einem Pflorgeteam Inputs und Informationen geben.

Women in Weber`s (2002 zit. in Starr, 2004) beschreibt in einer Expertenmeinung, dass Gespräche und aktives Zuhören zentrale Rollen in der therapeutischen Beziehung mit Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung spielen. Diese Interventionen helfen den Patienten ihre Gefühle besser auszudrücken. Gallop, Hermann, Warm et al. (2002, 1997, 2002 zit. in Starr, 2004) beschreiben, dass Pflegefachpersonen empathisch mit Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung kommunizieren sollen. Empathie bedeutet, dass Pflegefachpersonen die Patienten fragen, was genau geschehen ist. Durch das aktive Zuhören haben die Patienten das Gefühl, dass sie von den Pflegefachpersonen verstanden werden. Im Gespräch mit den Betroffenen sollen Pflegefachpersonen vorherrschende Gefühle direkt ansprechen, sie sollen die Patienten motivieren und deren Kompetenzen einbeziehen.

#### **4.1.4 Mit Gegenübertragungen umgehen**

Nora & Hinojosa (2005) erklären anhand eines Fallbeispiels Gegenübertragungen (Gefühle, die ein Patient im Gegenüber auslöst) als wiederholende Beziehungsmuster bei Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung. Diese Patienten verfügen nicht über die Fähigkeit adäquat verbal und nonverbal zu kommunizieren. Dadurch können sie Beziehungen spalten und Gegenübertragbarkeitsgefühle können entstehen. Die bewusste Arbeit mit Gefühlen und Verhaltensweisen hilft negative Gegenübertragungen festzustellen. Die Autoren weisen darauf hin, wie wichtig es ist, dass Pflegefachpersonen Situationen mit Patienten zusammen besprechen. Bewusstes muss reflektiert und Unbewusstes interpretiert werden um der Beziehung Priorität zu geben, dadurch entstehen bewusste Interaktionen. Darstellungen der Patienten und von anderen Personen sollten zusätzlich reflektiert und in Beziehungen integriert werden. Die Autoren beschreiben, dass die Verhaltensweisen und Interaktionen, die die verbale Kommunikation behindern, durch direktes Ansprechen und Ändern vermindert werden können. Eine klar definierte therapeutische Zusammenarbeit beugt Gegenübertragungen vor. Die Bedeutung der Gefühle aus Gegenübertragungen muss in der therapeutischen Beziehung mit Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung bekannt sein. Die Gefühle müssen vorsichtig und konstant interpretiert und kommuniziert werden. Die Empathie und Neutralität spielt in der Interaktion für Pflegefachpersonen eine zentrale Rolle.

Joyce & Thompson (1990) verbinden in einem Fallbericht das Modell „einheitlicher Mensch“ von Martha Rogers mit Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung. In diesem Modell werden Menschen und ihr Umfeld als Energiefelder mit verschiedenen Frequenzen betrachtet. Diese stehen in wechselseitiger Interaktion und beeinflussen sich gegenseitig. Die Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung werden als Energiefelder betrachtet, bei denen die Frequenz sehr schnell wechselt. Die Pflegefachpersonen stellen die Energiefelder des Umfeldes dar. Die Energiefelder der Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung verfügen über hohe Spannungen, die in der Interaktion mit Pflegefachpersonen festgestellt werden. Gegenübertragungen sollen als Teil der Therapie und Normalität akzeptiert werden. Diese Gefühle müssen mit den Patienten besprochen und reflektiert werden. Pflegefachpersonen, die sich hin zu den aktuellen Erfahrungen der Patienten bewegen, erzeugen eine dynamische Interaktion.

Horsfall (1999 zit. in Bowden, 2002) beschreibt in einer Expertenmeinung, dass Projektionen Selbstschutzmechanismen von Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung sind. Projektionen sind Zuschreibungen von nicht akzeptierbaren Gefühlen oder Gedanken auf eine andere Person. Durch Projektionen können Pflegefachpersonen in einen nicht erkennbaren, komplexen und chaotischen Zyklus geraten und Gegenübertragungen entstehen. Jones & Benett (1999 zit. in Bowden, 2002) weisen darauf hin, dass eine objektive Position von Pflegefachpersonen das Analysieren dieser Gefühle unterstützt. Die Reflektion der Gegenübertragungen ist von Bedeutung. Pflegefachpersonen sollen sich dieser Gefühle bei der Zusammenarbeit mit Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung bewusst werden.

Gallop (1985 zit. in Piccino, 1990) erklärt in einer Expertenmeinung, dass Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung nicht über die Fähigkeit verfügen, dialektisch zu denken. Dialektisches Denken bedeutet, dass positive und negative Aspekte wahrgenommen werden. Durch diese fehlende Fähigkeit können diese Patienten zum Beispiel durch Idealisierungen und Abwertungen ein Team aus Pflegefachpersonen spalten. Die Spaltungen stehen im Zusammenhang mit Gegenübertragungen. Pflegefachpersonen verhalten sich bei Spaltungen emotional und ungeeignet gegenüber den Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung. Der Autor weist darauf hin, dass im Umgang mit Gegenübertragungen das Kennen der eigenen Rolle von Pflegefachpersonen wichtig ist. Sie sollten im Kontakt mit Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung Geduld haben. Eine offene und eindeutige Kommu-

nikation beugt Gegenübertragungen vor und hilft besser mit diesen Gefühlen umzugehen. Gegenübertragbarkeitsgefühle als einen Teil der Therapie in der Beziehung mit Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung anzusehen, hilft mit diesen Gefühlen besser umzugehen.

#### **4.1.5 Grenzen setzen**

In der Studie von Langley & Klopfer (2005) sprechen die Teilnehmer Grenzen und Strukturen bezüglich verschiedenen Bereichen an. Strukturen bezüglich der Verfügbarkeit der Pflegefachpersonen sind essentiell für die Eigenverantwortung und Realität der Patienten. Ihnen soll nicht die Illusion vermittelt werden, dass die Pflegefachpersonen immer verfügbar sind. Die impulsiven Verhaltensweisen von Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung verlangen nach Grenzen. Das Setzen von Grenzen hilft Pflegefachpersonen die nötige Distanz zu den Patienten zu wahren. Sie geben den Patienten Strukturen und diese vermitteln wiederum Sicherheit. Verträge in denen Grenzen und Vereinbarungen festgehalten werden, stellen eine Unterstützung für die Beziehung zwischen Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung und Pflegefachpersonen dar.

Die Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung äussern in der Befragung von Fallon (2003), dass sie Verhandlungen positiv empfinden. Sie werden der Vertrauenswürdigkeit gleichgesetzt. Durch Verhandlungen fühlen sich die Patienten in Pflegeprogramme integriert.

In Interviews berichten siebzehn Pflegefachpersonen in der Studie von Nehls (2000), dass Grenzen setzen in der therapeutischen Beziehung mit Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung sehr wichtig ist. Die Grenzen zeigen den Patienten, dass der Kontakt auf therapeutischer Ebene bleibt und nicht die Illusion einer Freundschaft entsteht. Die Kontakte zwischen Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung und Pflegefachpersonen sollen nicht zu intensiv gepflegt werden, da diese Patienten über die Tendenz verfügen das Gegenüber in der Beziehung „aufzusaugen“. Durch das Setzen von Grenzen werden Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung selbstständiger und die Beziehung wird kollaborativ. Dialoge über die Beziehung und deren Grenzen stellt die grösste Unterstützung für die Entwicklung der Beziehung dar.

Egan (1997 zit. in Bowden, 2002) empfiehlt in einer Expertenmeinung das Aufstellen von Verträgen gemeinsam mit Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung. Diese beinhalten die Grenzen und die Konsequenzen bei deren Überschreitung. Verträge stellen Sicherheit dar und beeinflussen die Entwicklung der therapeutischen Beziehung positiv.

#### **4.1.6 Pflegeinterventionen aus der dialektisch behavioralen Therapie für das Allgemeinspital**

Jeff, Huffmann, Theodore, Stern, Rebecca et al. (2003) beschreiben in einem Fallbericht Pflegeinterventionen aus der dialektisch behavioralen Therapie zur Behandlung von schwierigen Patienten im Allgemeinspital. Diese Therapie ist eine kognitive Verhaltenstherapie und hat Marsha Linehan 1980 für Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung entwickelt. Eine Forschungsarbeit zur Wirksamkeit dieser Therapie hat ergeben, dass die Patienten sich weniger oft selbstverletzen, seltener hospitalisiert werden müssen, eine höhere soziale Kompetenz erlangen und Emotionen besser regulieren können.

Im Allgemeinspital werden Pflegefachpersonen folgende Interventionen der dialektisch behavioralen Therapie vorgeschlagen: Validation, Dialektik, Verhaltenstherapie und Skills (Bewältigungsstrategien, Fertigkeiten). Bei der Validation sollen Pflegefachpersonen das Gesagte von den Patienten wiederholen, so dass sich diese verstanden fühlen. Die Teamarbeit gehört auch zu der Validation. Die Dialektik beinhaltet, dass Pflegefachpersonen den Patienten die positiven und negativen Seiten der Lebensinhalte zeigen. Die Patienten selber sollen von den Professionellen als Personen mit guten und schlechten Seiten betrachtet werden. Auch die therapeutische Beziehung beinhaltet positive und negative Momente. In der Verhaltenstherapie sollen Grundsätze des respekt- und vertrauensvollen Verhaltens vermittelt werden. Patienten müssen Symptome erkennen, die bei ihnen eine Krise auslösen und Pflegefachpersonen bei Notfallsituationen kontaktieren. Die Beziehung basiert auf Zusammenarbeit. Respekt und Vertrauen geben den Patienten eine Unterstützung sich selbst langfristig zu kontrollieren. Skills können diese Kontrolle unterstützen. Patienten müssen Skills lernen, die die Anspannung in Krisen vermindern. Im Zusammenhang mit dem Beziehungsaufbau sind interpersonelle Skills wichtig. Patienten können mit Hilfe der Dialektik schwierige Situationen in der Beziehung akzeptieren. Die schnellen und extremen Emotionen der Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung können zusätzliche Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung

darstellen. Dabei spielen das Ansprechen, das Identifizieren und das Validieren der Gefühle eine zentrale Rolle (Jeff, Huffmann, Theodore, Stern & Rebecca et al., 2003).

Pflegefachpersonen müssen bezüglich der dialektisch behavioralen Therapie geschult werden. Diese sollen Gefühle und deren Auswirkungen sowie therapeutische Interaktionen kennen lernen (Jeff, Huffmann, Theodore, Stern & Rebecca et al., 2003).

#### **4.1.7 Pflegeinterventionen aus kurzen Therapieplänen**

Nehls (1994) hat dreizehn Professionelle, zusammengesetzt aus stationären Psychiatriepflegefachpersonen, Psychiater, Sozialarbeiter und Professionelle mit Bachelor im Gesundheitsdienst, zu den Erfahrungen mit Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung und kurzen Therapieplänen befragt um Grundsätze zur Umsetzung dieser Therapiepläne zu erfahren. Die Forscherin beschreibt, dass kurze Therapiepläne 48 Stunden bis fünf Tage dauern. Die Teilnehmer berichten, dass die Erfahrungen von Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung zeigen, dass Kliniken die gleiche Funktion wie das Zuhause haben. Kurze Therapiepläne geben sichere Strukturen, jedoch gewöhnen sich Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung nicht zu sehr an die Klinik. Sie wird bei den Betroffenen als kurze Auszeit angesehen. Die Kliniken werden für Konversationen zu Zeitpunkten von Krisen gebraucht, in denen sich Patienten alleine fühlen. Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung berichten, dass sie in kurzen Therapieplänen jemanden zu bestimmten Zeitpunkten zum Zuhören haben und nebenbei trotzdem ihr Leben weiter führen können. Die Dialoge spielen eine zentrale Rolle dabei. Bei kurzen Therapieplänen gehört das Empowerment zu einem Grundsatz. Die Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung sollen durch die Pflegefachpersonen befähigt werden etwas zu unternehmen, in ihrem Leben etwas zu ändern. Verbindliche, obligatorische Pflege bezüglich kurzer Therapiepläne wird von den Teilnehmern erwähnt. Verbindliche, obligatorische Pflege wird mit Hilfe folgender Begriffe von den Teilnehmern erklärt: die Patienten in das Geschehen der Therapie einbeziehen, damit sie selber Verantwortung übernehmen können. Die Integration gibt den Patienten Kontrolle über die Therapiesituationen und erzeugt positive Gefühle seitens der Pflegefachpersonen und der Patienten. Die Pflege wird durch kurze Therapiepläne zugänglicher und flexibler, es besteht eine Form von freiem Geben. Pflegefachpersonen müssen sich Zeit nehmen um die Situation der Patienten mit der Borderline – Persönlichkeits-

störung zu erfassen und Dialoge sind im Zentrum der Pflege. Verträge, die mit den Patienten zusammen erstellt werden, stellen auch in kurzen Therapieplänen eine Erleichterung der Zusammenarbeit dar. Im Vertrag werden somit Ziele des Patienten und der Pflegefachperson festgehalten. Ein Vertrag soll motivierend für den Patienten sein. In kurzen Therapieplänen bewegen sich Patienten und Pflegefachpersonen gemeinsam vorwärts. Beide Seiten wissen, dass die Beziehung nur Teil der kurzen Therapiepläne ist.

## **4.2 Unterstützende Interventionen für Pflegefachpersonen und das Team**

Schulungen werden empfohlen um die Pflegequalität zu steigern (Nehls, 2000). Neue psychiatrische Perspektiven sollen aufgezeigt werden um die Borderline – Persönlichkeitsstörung und Gefühle von Gegenübertragungen besser zu verstehen (Nehls, 1994). Fallon (2003) äussert, dass Schulungen dazu beitragen negative Haltungen zu vermindern.

Pflegefachpersonen sollen sich mit ihrer eigenen Rolle auseinandersetzen und diese kennen. Die Rollen müssen seitens der Patienten und Pflegefachpersonen klar sein, damit keine Missverständnisse entstehen können (Nehls, 2000; Castelli, 1984 zit. in Piccino, 1990).

Patientenbesprechungen helfen dem Team gemeinsam eine Lösung für einen einheitlichen Umgang zu finden. Während diesen Besprechungen kann die Pflege mit Gleichwertigen validiert werden. Dabei spielt die offene Kommunikation unter den Teammitgliedern eine zentrale Rolle um Spaltungen vorzubeugen (Bowden, 2002; Fallon, 2003). Supervisionen werden in mehreren Forschungsarbeiten angesprochen (Bowden, 2002; Nehls, 1994; Piccino, 1990). Dabei stellen kompetente Praktiker, die sich mit Patienten mit der Borderline - Persönlichkeitsstörung auskennen, eine Unterstützung für Pflegefachpersonen bei der Arbeit dar (Starr, 2004).

## 5 Diskussion

Die Forschungsfrage der vorliegenden systematischen Literaturübersicht verlangt nach Interventionsstudien. Die elf Studien der systematischen Literaturübersicht umfassen vier qualitative Studien, drei Fallberichte und vier Expertenmeinungen. Studien mit höheren Evidenzgraden fehlen bezüglich der Forschungsfrage.

Die Glaubwürdigkeit der qualitativen Studien von Langley & Klopfer (2005), Fallon (2003), Nehls (2000) und Nehls (1994) wird durch die Beschreibung der Forschungsfrage, der Ziele und der Methode erhöht. Das Vorgehen in der Studie wird dadurch für den Leser nachvollziehbarer. Einschlusskriterien wie zum Beispiel das Alter, die Berufserfahrung oder die Dauer der Erkrankung werden nicht berücksichtigt. Dadurch wird die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse vermindert. In den vier Studien wird die Datensättigung nicht aufgeführt. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass die Teilnehmer noch weitere Aussagen gemacht hätten. Bei allen Forschern ausser bei Nehls (1994) validieren die Teilnehmer die Ergebnisse, dadurch wird die Nachvollziehbarkeit gesteigert. Durch die Zitate der Studienteilnehmer werden die Ergebnisse verständlicher und können für den Beziehungsaufbau zwischen Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung und Pflegefachpersonen umgesetzt werden. Die Berücksichtigung der ethischen Richtlinien unterstützt die Vertrauenswürdigkeit der Studien.

In den Fallberichten Nora & Hinojosa (2005), Jeff, Huffmann, Theodore, Rebecca et al. (2003) und Joyce & Thompson (1990) fehlt die Beschreibung der Methodik. Da aber die Ziele oder Absichten beschrieben sind, gelten sie dennoch als glaubwürdig. Die Fallberichte verfügen über einen niedrigen Evidenzgrad, jedoch werden in den Fallberichten von Nora & Hinojosa (2005) und Joyce & Thompson (1990) ähnliche Ergebnisse wie in den qualitativen Studien beschrieben. Dies erhöht wiederum die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse. Durch die beschriebenen Fallbeispiele in den Studien sind die Ergebnisse nachvollziehbarer für den Leser. Die Aussagekraft des Fallberichts von Jeff, Huffmann, Theodore, Rebecca et al. (2003) wird durch die Wichtigkeit und Bedeutung der dialektisch behavioralen Therapie für die betroffenen Patienten gesteigert. Die Nachvollziehbarkeit des Fallberichts von Joyce & Thompson (1990) wird durch die Literaturliste von zehn Angaben vermindert. Die Ziele der Fallberichte stimmen mit dem Ziel der vorliegenden systematischen Literaturübersicht überein. Dadurch können die Ergebnisse für den Beziehungsaufbau zwischen Pati-



enten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung und Pflegefachpersonen umgesetzt und angewendet werden. Die Berücksichtigung der persönlichen Daten in den Fallbeispielen steigert die Vertrauenswürdigkeit der Studien.

Die Beschreibung der Ziele und Absichten steigert die Glaubwürdigkeit der Expertenmeinungen von Cook, Clancy & Sanderson (2004), Starr (2004), Bowden (2002) und Piccino (1990). Durch die fehlende Systematik verfügen diese aber über den niedrigsten Evidenzgrad. Dies ist durch die Ähnlichkeit der Ergebnisse aus den qualitativen Studien zu relativieren. Durch die Aufführung der Literatur werden die Studien nachvollziehbarer. Die Ziele der Expertenmeinungen stimmen mit dem Ziel der vorliegenden systematischen Literaturübersicht überein. Das Fehlen von ethischen Richtlinien vermindert die Vertrauenswürdigkeit der Studien. Die Ergebnisse der Studien dienen als Ergänzung zu den Ergebnissen der Fallberichte und qualitativen Studien und können umgesetzt werden.

Nachfolgend werden die analysierten Studien und deren Ergebnisse diskutiert. Die Kategorien werden mit anderen Theorien und miteinander in Verbindung gebracht.

## **5.1 Pflegeinterventionen bezüglich des Beziehungsaufbaus**

### **5.1.1 Vertrauen aufbauen**

Langley & Klopper (2005) beschreiben dieselben Ergebnisse bezüglich des Vertrauens wie Fallon (2003), welches die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse steigert. Die Pflegeinterventionen aus der Expertenmeinung von Cook, Clancy & Sanderson (2004) dienen als Ergänzung zu den Interventionen von Vertrauen, die in den qualitativen Studien von Langley & Klopper (2005) und Fallon (2003) beschrieben werden.

Ainsworth (1989 zit. in Langley & Klopper, 2005) berichtet, dass Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung durch Kindheitserfahrungen wie zum Beispiel Missbräuche nicht wissen, wer vertrauensvoll ist. Fallon (2003) unterstützt die Aussage und schreibt, dass es durch die Erfahrungen der Patienten schwierig ist Vertrauen in der therapeutischen Beziehung aufzubauen.

Die Pflege Theorie nach Peplau kann als Unterstützung für das Entwickeln von Vertrauen in der therapeutischen Beziehung angesehen werden. Peplau sieht die vertrauensvolle Zusammenarbeit als Ziel einer professionell gestalteten Beziehung zwischen Patienten und Pflegefachpersonen. Vertrauensvolle Beziehungen stellen die Basis für eine erfolgreiche Pflege dar. Patienten vertrauen den Pflegefachpersonen,

wenn diese die angekündigten Interventionen durchführen und ihre Versprechen einhalten (Simpson, 1997). Auch das Therapeutenmerkmal Kongruenz nach Rogers beinhaltet den Faktor Vertrauen. Pflegefachpersonen, die nicht offen und echt kommunizieren, sind inkongruent und die Entwicklung von Vertrauen in der Beziehung mit Patienten wird verhindert (Heldner - Metzger, 2005). Watson (1979 zit. in Fawcett, 1999) beschreibt ähnliche Faktoren der menschlichen Zuwendung wie Rogers. Kongruenz, Echtheit, Empathie und nicht besitzergreifende Herzlichkeit von Pflegefachpersonen sind zentrale Elemente um Vertrauen in der Beziehung mit Patienten aufzubauen.

Die verschiedenen Theorien zeigen, dass Vertrauen aufbauen eine zentrale Rolle in der Beziehung zwischen Patienten und Pflegefachpersonen spielt. Das Entwickeln von Vertrauen in der Beziehung kann mit den Pflegeinterventionen der Interaktion und Kommunikation verbunden werden. Die Elemente der Kommunikationsfähigkeit wie zum Beispiel offen und echt kommunizieren, empathisch sein, unterstützen den Aufbau von Vertrauen in der Beziehung. Bei kurzen Aufenthalten fehlt die Zeit um Vertrauen in der therapeutischen Beziehung zu entwickeln. Pflegefachpersonen können einzelne wichtige Strategien, wie zum Beispiel verständnisvoll, ehrlich sein, den Patienten zuhören und Sicherheit geben und die Patienten als erwachsene Leute behandeln, benutzen um ein vertrauliches Umfeld aufzubauen. Dies kann eine Unterstützung für den Spitalaufenthalt darstellen. Orlando (1961 zit. in Fawcett, 1999) beschreibt, dass eine vertrauensvolle Beziehung Patienten unterstützt, Bedürfnisse explizit und klar auszudrücken.

### **5.1.2 Verfügbar und zugänglich sein**

Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung und Professionelle haben in der Befragung von Langley & Klopfer (2005) und von Fallon (2003) die Wichtigkeit der Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von Pflegefachpersonen angedeutet.

Schädle – Deininger & Villinger (1997) beschreiben, dass psychisch Erkrankte und ihr Umfeld die Vorstellung haben, dass Pflegefachpersonen immer verfügbar und fürsorglich sind. Sie nehmen Patienten Sorgen ab und sind immer freundlich.

Diese Vorstellung ist unrealistisch. Pflegefachpersonen können nicht immer verfügbar und flexibel sein. Auch wenn sich die Faktoren „Verfügbarkeit und Zugänglichkeit“ positiv auf die Entwicklung von Vertrauen in der therapeutischen Beziehung auswirken, können Pflegefachpersonen diese aufgrund zeitlicher Faktoren nicht im-

mer umsetzen. Pflegefachpersonen sollten mit den Patienten abmachen, zu welchen Zeiten sie anwesend sind. So zeigen sie den Patienten, dass sie verfügbar und zugänglich sind.

### **5.1.3 Interaktion und Kommunikation führen**

Pflegeinterventionen bezüglich der Interaktion und Kommunikation werden in drei wissenschaftlichen Arbeiten beschrieben. Starr (2004) verwendet in der Expertenmeinung dieselben Begrifflichkeiten wie die Teilnehmer in den Interviews bei Langley & Klopper (2005) und Fallon (2003). Dies lässt die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse von Starr (2004) steigen.

Sauter, Abderhalden, Needham & Wolff (2004) beschreiben, dass Patienten während eines Spitalaufenthaltes bestimmte Erwartungen und Ansprüche an Pflegefachpersonen haben. Diese sollen vor allem einfühlsam sein, verständlich mit den Patienten reden und eine akzeptierende und fördernde Haltung einnehmen.

In der Pflege Theorie von Peplau werden folgende Fähigkeiten für einen effektiven Dialog zwischen Pflegefachpersonen und Patienten beschrieben: die Fähigkeit zuzuhören, die Fähigkeit zu sprechen und die Fähigkeit Fragen zu stellen. Das aktive Zuhören ist die Basis für die Entwicklung einer Beziehung. Das Zuhören beinhaltet auf Patienten Rücksicht zu nehmen und so Interesse für die Situation zu zeigen. Mit Patienten sprechen heisst, sich als Pflegefachperson auszudrücken, dass Patienten den Inhalt verstehen. Durch das verständliche Sprechen wird die Entwicklung der Beziehung gesteigert. Die Fähigkeit Fragen zu stellen bedeutet zu wissen, welche Informationen vom Patienten wichtig sind. Diese Fragen sollten einfühlsam gestellt werden (Simpson, 1997). Schädle – Deininger & Villinger (1997) erwähnen dieselben Faktoren zur effektiven Kommunikation wie Peplau in ihrer Pflege Theorie. Heldner – Metzger (2005) beschreiben die klientenzentrierte Psychotherapie von Rogers. Empathie zählt zu einem Therapeutenmerkmal der Theorie. Pflegefachpersonen sollen sich in die Erlebniswelten der Patienten einfühlen. Die Empathie besteht aus den drei Komponenten wahrnehmen, verstehen und das Verstandene dem Patienten mitteilen. Klientenzentrierte Gespräche sollen eine Auseinandersetzung mit emotionalen Prozessen und das Finden neuer Wege darstellen. Diese Faktoren sollen Patienten unterstützen mit Problemen besser umzugehen. In der Pflege Theorie werden Grundhaltungen des aktiven Zuhörens beschrieben. Pflegefachpersonen sollen ehrliches Interesse zeigen, eine echte Absicht haben. Dies beinhaltet aus der Sicht von Patien-

ten zu denken. Pflegefachpersonen sollen stetig bemüht sein das Gespräch zu führen, eine nicht beurteilende und nicht dirigistische Haltung einnehmen. Das heisst Patienten nicht kritisieren, keine Schuldgefühle wachrufen und sie abholen, wo sie verhaltens- und gefühlsmässig stehen.

Die Pflegetheorien von Peplau und Rogers unterstützen die Ergebnisse aus den Studien von Langley & Klopper (2005), Fallon (2003) und Starr (2004). Die verschiedenen Ergebnisse zeigen, dass vor allem aktives Zuhören und empathische Dialoge in der Beziehung zwischen Patienten und Pflegefachpersonen von Bedeutung sind. Die Pflegeinterventionen der Interaktion und Kommunikation können mit dem Vertrauen in Verbindung gesetzt werden. Schädle – Deininger & Villinger (1997) schreiben in ihrem Buch bezüglich der Beziehungsgestaltung mit Patienten, dass Pflegefachpersonen durch verbale und nonverbale Kommunikation und gemeinsame Aktivitäten Vertrauen aufbauen, wobei die Nähe und Distanz beachtet werden muss.

#### **5.1.4 Mit Gegenübertragungen umgehen**

Nora & Hinojosa (2005), Joyce & Thompson (1990), Horsfall (1999 zit. in Bowden, 2002) und Gallop (1985 zit. in Piccino, 1990) empfehlen ähnliche Pflegeinterventionen im Umgang mit Gegenübertragungen. Sie beschreiben die Gegenübertragungen und zeigen in den Studien, dass diese Gefühle schwierig in der Beziehung mit den Patienten sind. American Psychiatric Association (1987 zit. in Joyce & Thompson, 1990) beschreiben, dass Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung über Schutzmechanismen verfügen, die sie vor Ängsten und Sorgen bewahren. Diese beinhalten zum Beispiel Spaltungen, Projektionen und Ablehnungen. Die Patienten können starke Gegenübertragbarkeitsgefühle wachrufen. Diese stellen eine Schwierigkeit in der Beziehung mit Pflegefachpersonen dar.

Joyce & Thompson (1990) erklären Gegenübertragungen und deren Umgang mit Hilfe des Modells „einheitlicher Mensch“ von Martha Rogers. Fawcett (1998) schreibt über die praktische Nützlichkeit des Modells von Martha Rogers, dass diese durch den vielseitigen Einsatz in der Forschung, Ausbildung, Administration und in der Praxis belegt ist. Das Modell ist komplizierter bei der Anwendung, als im Fallbericht beschrieben. Die Anwendung fordert vieles Üben und Schulungen. Mit Hilfe des Modells „einheitlicher Mensch“ von Martha Rogers besteht die Möglichkeit Gegenübertragungsgefühle von Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung neu zu formulieren und Pflegeinterventionen abzuleiten.

Der Umgang mit Gegenübertragungen steht in enger Verbindung zu Kommunikationsfähigkeiten. Folgende Aspekte werden angesprochen: offene Kommunikation, Reflektion und Interpretation der Gegenübertragungen, damit eine bewusste Interaktion entsteht. Die Empathie und Neutralität spielen zusätzliche Rollen beim Umgang von Gegenübertragungen.

### **5.1.5 Grenzen setzen**

Durch die Ähnlichkeit der Ergebnisse in den Studien von Langley & Klopper (2005), Fallon (2003), Bowden (2002) und Nehls (2000), wird die Wichtigkeit des Setzens von Grenzen angedeutet, jedoch fehlen genaue Angaben welche Grenzen gesetzt werden müssen.

Nehls (2000) berichtet, dass Pflegefachpersonen die Kontakte zu Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung nicht zu intensiv pflegen sollen, da diese Patienten dazu neigen das Gegenüber in der Beziehung „aufzusaugen“. Auch Béguelin & Marbach (2005) empfehlen eine übermässige Zuwendung zu vermeiden.

Schädle – Deininger & Villinger (1997) beschreiben im Buch „praktische psychiatrische Pflege“, dass Grenzüberschreitungen in psychiatrischen Settings oft vorkommen. Pflegefachpersonen und Patienten sollen Grenzen gegenseitig zeigen und sich gegen Grenzüberschreitungen wehren. Grenzen stellen Möglichkeiten zur Entwicklung von Beziehungen zwischen Patienten und Pflegefachpersonen nach Konflikten dar. Die Autoren schreiben, dass Behandlungsabsprachen der gegenseitigen Vertrauensbildung dienen. Die Autoren machen einen Link zur Verfügbarkeit und Zugänglichkeit. Pflegefachpersonen müssen Grenzen setzen, wann sie gestört werden können und wann Gespräche stattfinden. Wessels (zit. in Schädle – Deininger & Villinger, 1997) berichtet, dass Behandlungsvereinbarungen den Patienten Sicherheit geben. Die Patienten werden entsprechen ihren Wünschen und den gemeinsamen Vereinbarungen behandelt.

Die Inhalte von Schädle – Deininger & Villinger (1997) zeigen, dass Grenzen setzen bezüglich der Verfügbarkeit und der Zugänglichkeit die Entwicklung von Vertrauen hemmen kann, da die Patienten das Gefühl haben, Pflegefachpersonen sollen immer Zeit für ihre Anliegen haben. Grenzen setzen ist jedoch wichtig um Sicherheit zu vermitteln und dies fördert wiederum die Entwicklung von Vertrauen.

### **5.1.6 Pflegeinterventionen aus der dialektisch behavioralen Therapie für das Allgemeinspital**

Jeff, Huffmann, Theodore, Stern, Rebecca et al. (2003) beschreiben in der Schlussfolgerung, dass die Theorie und Skills der dialektisch behavioralen Therapie im Allgemeinspital nutzvoll sein können. Diese Therapie vermindert Distress und verbessert die Pflege von Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung.

Barthruff, Bohus & Kern (2004) beschreiben in einem Artikel die dialektisch behaviorale Therapie als Ausweg aus der therapeutischen Sackgasse. Folgende Grundannahmen der dialektisch behavioralen Therapie für die Arbeit der Pflegefachpersonen und anderer Professionellen im Team werden beschrieben: Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung versuchen das Beste aus ihrer gegenwärtigen Situation zu machen; sie haben ihre Probleme nicht selbst verursacht; jede Besprechung über Patienten ist eine Besprechung mit Patienten; die Absprachen gelten für die Pflegefachpersonen und die Patienten; jedes Teammitglied macht Fehler. Durch die dialektisch behaviorale Therapie können Pflegefachpersonen sicherer mit Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung umgehen. Die therapeutische Beziehung kann tragfähiger werden, weil bei der Therapie Absprachen von beiden Seiten eingehalten werden, was wiederum Vertrauen fördert. Eine aktivere Beziehungsgestaltung von Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung kann entstehen und Pflegefachpersonen.

Pflegefachpersonen können die dialektisch behaviorale Therapie begrenzt bei Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung im Allgemeinspital und auf Notfallstationen anwenden. Sie können die Grundannahmen aus dem Artikel von Barthruff, Bohus & Kern (2004) und folgende Grundsätze aus dem Fallbericht von Jeff, Huffmann, Theodore, Stern, Rebecca et al. (2003) als Pflegeinterventionen für den Beziehungsaufbau umsetzen: die Dialektik, Validation, Verhaltenstherapie und Skills. Im Fallbericht wird die dialektisch behaviorale Therapie zu wenig beschrieben. Schulungen bezüglich der Therapie müssten für Pflegefachpersonen gehalten werden.

### **5.1.7 Pflegeinterventionen aus kurzen Therapieplänen**

Nehls (1994) berichtet in den kurzen Therapieplänen von der Wichtigkeit, dass Pflegefachpersonen verfügbar und zugänglich sind, Dialoge führen und Grenzen setzen im Kontakt mit Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung.

Die einzelnen Pflegeinterventionen wie verfügbar und zugänglich sein, Dialoge führen und Grenzen setzen sind anhand Theorien anderer Autoren schon diskutiert worden. Diese haben gezeigt, dass die Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Dialoge und Grenzen den Beziehungsaufbau mit Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung unterstützen. Stationen im Allgemeinspital oder Notfallstationen können mit kurzen Therapieplänen arbeiten und diese Grundsätze für den Beziehungsaufbau umsetzen. Sie sind für kurze Therapiepläne geeignet, da die Patienten nur eine kurze Zeit auf der Station bleiben. Die Patienten können Aufenthalte als kurze Auszeiten betrachten und ihre Anliegen anbringen. Dabei können die Pflegefachpersonen nach den Grundsätzen des Empowerments die Patienten befähigen um nach dem Aufenthalt an negativen Umständen zu arbeiten und diese zu verändern.

## **5.2 Unterstützende Interventionen für Pflegefachpersonen und das Team**

Abderhalden (2006) beschreibt, dass Pflegefachpersonen, die in psychiatrischer Pflege nicht ausgebildet sind, zwischenmenschliche und fachliche Kenntnisse fehlen. Piccino (1990) berichtet, dass Pflegefachpersonen, die professioneller und persönlicher gegenüber Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung werden wollen, das Verständnis und das Wissen erhöhen müssen. Simpson (1997) beschreibt aus der Pflege Theorie von Peplau, dass das Fachwissen eine Voraussetzung für erfolgreiche Pflege ist. Die Kommunikationsfähigkeiten müssen gelernt und geübt werden, da diese für therapeutische Beziehungen erforderlich sind.

Diese Aussagen von Autoren zeigen, dass Fachkenntnisse und die damit verbundenen Schulungen für Pflegefachpersonen im Beziehungsaufbau mit Patienten von Bedeutung sind. Vermehrte Kenntnisse über Fachgebiete wie die Borderline - Persönlichkeitsstörung können Stigmatisierungen gegenüber diesen Patienten vermindern. Fallon (2003) beschreibt auch, dass Schulungen die negativen Haltungen der Pflegefachpersonen gegenüber den Patienten vermindern.

In der Pflege Theorie von Peplau werden verschiedene Rollen, die von Pflegefachpersonen eingenommen werden, beschrieben. Die jeweilige Rolle ist wichtig in der Beziehung mit Patienten (Simpson, 1997). Das Kennen der Rolle als Pflegefachperson wird durch die Theorie von Schädle – Deininger & Villinger (1997) untermauert. Die Autorinnen schreiben in ihrem Buch über praktisch psychiatrische Pflege, dass die Selbstwahrnehmung der Pflegefachpersonen die wichtigste Voraussetzung für die Beziehungsgestaltung mit Patienten ist. Wenn die Werte der Pflegefachpersonen klar sind, werden sich diese in der Beziehungsgestaltung bewusst, dass Patienten andere Prioritäten haben. Dadurch werden wiederum Projektionen und Gegenübertragungen in der therapeutischen Beziehung zwischen Patienten und Pflegefachpersonen vermindert.

Schädle – Deininger & Villinger (1997) berichten über Patientenbesprechungen und Supervisionen, dass pflegerische Situationen mit Teammitgliedern oder während Supervisionen besprochen werden können. Das Verhalten der Patienten und der Pflegefachpersonen kann dabei kritisch reflektiert werden. Teammitglieder oder Supervisoren betrachten pflegerische Situationen von aussen, somit erhalten sie Distanz zur pflegerischen Situation. Neue Perspektiven können sich bei Patientenbesprechungen und Supervisionen für Pflegefachpersonen zeigen. Beim Vorkommen von Gegenübertragungen können Supervisionen und Fallbesprechungen unterstützend sein um Distanz zur Situation und neue Perspektiven zu erhalten. Dadurch kann der Beziehungsaufbau zu Patienten unterstützt werden.

### **5.3 Kritische Würdigung**

Die Ergebnisse der vorliegenden systematischen Literaturübersicht zeigen verschiedene Pflegeinterventionen für den Beziehungsaufbau mit Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung auf. Die einbezogenen Studien verfügen über einen niedrigen Evidenzgrad. Bei einer anderen Methode der Datensammlung, zum Beispiel durch die Berücksichtigung zusätzlicher Sprachen besteht die Möglichkeit, dass noch relevante Studien gefunden worden wären. Die Übersetzung von englischen Studien in die deutsche Sprache kann Fehler beinhalten. Die Studien sind zwischen 1990 und 2005 erschienen. Somit sind auch ältere Studien einbezogen worden. Die Ergebnisse aus den Studien der letzten Jahre decken sich aber mit denen aus älteren Studien. Die viermonatige Datensammlung in Datenbanken zeigt, dass über die Thematik „Beziehungsaufbau mit Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstö-



rung“ empirische Studien fehlen. Darum mussten Studien einbezogen werden, die zum Teil keine Angaben zur Berücksichtigung ethischer Aspekte enthalten. Die Methode hat nur Studien aus nicht europäischen Ländern ergeben. Die Umsetzung der Ergebnisse ist dennoch möglich, da der Lebensstil von Europa vergleichbar ist mit jenem in Nordamerika. Die Pflegeinterventionen aus der dialektisch behavioralen Therapie und aus kurzen Therapieplänen sind teils zu wenig beschrieben um sie direkt in der Praxis umzusetzen. Die Ergebnisse sind evidenzbasiert, jedoch ist die Wirksamkeit der Pflegeinterventionen nicht getestet worden um zu beurteilen wie effektiv diese sind.

## **6 Schlussfolgerung**

Durch die fehlenden empirischen Forschungen über den Beziehungsaufbau mit Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung ergibt sich die Empfehlung in Zukunft die Forschung bezüglich dieses Themas zu fördern. Die Forscher Fallon (2003), Starr (2005), Bowden (2002) und Nehls (1994) empfehlen dies auch. Eine Empfehlung ist die Wirksamkeit der Pflegeinterventionen bezüglich des Beziehungsaufbaus mit Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung zu erforschen. Die Inhalte der verschiedenen Pflegeinterventionen müssten teils präziser als in der vorliegenden systematischen Literaturübersicht beschrieben werden um sie in die Praxis zu implementieren.

Die Ergebnisse verschiedener Studien, die traumatischen Erfahrungen der Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung während der Kindheit und die Theorien von Peplau und Rogers zeigen, dass Vertrauen ein zentraler Punkt in der therapeutischen Beziehung darstellt. Die Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung können durch Vertrauen am besten in der therapeutischen Beziehung unterstützt werden und dadurch die Pflegefachpersonen und deren Interventionen akzeptieren (Langley & Klopfer, 2005; Fallon, 2003). Eine Voraussetzung für die Entwicklung von Vertrauen ist die Kenntnis von Pflegefachpersonen über die Interventionen, mit denen Vertrauen aufgebaut werden kann. Pflegefachpersonen sind gefordert Geduld zu zeigen, weil die Entwicklung von Vertrauen Zeit in Anspruch nimmt. Dies sprechen auch die Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung im Interview von Langley & Klopfer (2005) an.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Pflegeinterventionen bezüglich der Interaktion und Kommunikation wie Dialoge führen und aktives Zuhören die Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung unterstützen. Dabei spielt für die Praxis eine zentrale Rolle, dass Pflegefachpersonen Kommunikationstechniken üben und gezielt anwenden.

Die Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung verfügen über Schutzmechanismen, durch die Gegenübertragungen ausgelöst werden können. Darum sind das offene Ansprechen und die Reflektion der Gegenübertragungen wichtig um mit den Patienten zusammen zu arbeiten. Piccino (1990) berichtet, dass die offene Kommunikation im Team und mit Patienten mit der Borderline - Persönlichkeitsstörung Gegenübertragungen vorbeugen können.

Grenzen und Strukturen in der Zusammenarbeit mit Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung werden in den Ergebnissen mehrmals erwähnt. Sie geben den Patienten Sicherheit. Für die Praxis ist wichtig, dass diese Grenzen und Strukturen definiert und zusammen mit den Patienten in Verträgen festgelegt werden. Diese Zusammenarbeit stellt eine Integration der Patienten dar, beugt Missverständnissen vor und die Patienten fühlen sich nicht abgelehnt und stigmatisiert.

Die Pflegeinterventionen aus der dialektisch behavioralen Therapie für Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung können eine Unterstützung für die Pflegefachpersonen für den Beziehungsaufbau mit Patienten darstellen. Um diese Therapie in der Praxis anzuwenden, müssen gezielte Schulungen für Pflegefachpersonen organisiert werden, damit diese den Hintergrund und die einzelnen Grundsätze der Therapie kennen.

Die Pflegeinterventionen aus kurzen Therapieplänen können für eine Notfallstation eine Lösung für die Zusammenarbeit mit den Patienten darstellen. Die Patienten können eine kurze Auszeit nehmen und die Probleme mit Pflegefachpersonen besprechen. Auch für diese Umsetzung müssen Pflegefachpersonen Schulungen besuchen, um zu lernen welche Grundsätze in kurzen Therapieplänen zentral sind.

Schulungen haben mehrere Autoren angesprochen. Durch vermehrtes Wissen der Pflegefachpersonen über die Borderline – Persönlichkeitsstörung werden die Patienten weniger stigmatisiert und erfahren einen professionellen Umgang. Die Supervisionen und Fallbesprechungen können ebenfalls hilfreich für die Zusammenarbeit mit den Patienten sein. Das Team müsste klare Daten und Personen festlegen, die für die Durchführung und Leitung zuständig sind.

Die vorliegende systematische Literaturübersicht zeigt verschiedene Pflegeinterventionen für den Beziehungsaufbau mit Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung auf. Diese Pflegeinterventionen sind wichtig, weil für die von der Krankheit Betroffenen Beziehungen die grösste Unterstützung darstellen, wie es Patienten im Interview von Fallon (2003) berichten. Pflegefachpersonen, die auf nicht psychiatrischen Stationen tätig sind, haben bezüglich der psychiatrischen Pflege wenige zwischenmenschliche und fachliche Kenntnisse (Abderhalden, 2006). Darum brauchen diese Pflegefachpersonen neue Perspektiven aus der psychiatrischen Pflege um mit Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung zusammen zu arbeiten. Nehls (1994) weist in ihrer Studie auch darauf hin. Die vorliegende systematische Literaturübersicht zeigt wissenschaftlich basiertes Wissen bezüglich der psychiatrischen Pflege auf, damit Pflegefachpersonen sich professionell und verantwortungsbewusst gegenüber den Patienten verhalten und somit das Krisenverhalten der Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung positiv beeinflussen können.

## **Bibliographie**

- Abderhalden, Ch. (2006). *Brennpunkte der Psychiatrie: Suizidalität und Pflegewissenschaft – Schwerpunkte der Pflegeforschung*. Powerpoint – Präsentation, Forschungsstelle Pflege & Pädagogik, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern.
- Barthruff, H., Bohus, M., & Kern, I. (2004). Ausweg aus der therapeutischen Sackgasse: Dialektisch Behaviorale Therapie beim Borderline – Syndrom. *Pflegezeitschrift*, (8) 534 - 537.
- Béguelin, S., & Marbach, S. (2005). *Notfallpflege: Ein Buch für Pflegende in Notfallaufnahmen*. Frauenfeld: Huber & Co. AG.
- Behrens, J., & Langer, G. (2004). *Evidence based Nursing*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Böhme, R., & Bohus, M. (ohne Datum). *Häufigkeit der Borderline – Persönlichkeitsstörung*. Retrieved 20.09.2006, from <http://home.pages.at/bordeline/10098.htm>
- Bowden, K. (2002). Inpatient nursing of borderline personality disorder. *Visent's Health Care Campus Nursing Monograph*, 9 - 12.
- Cook, SH., Clancy, C., & Sanderson, S. (2004). Self – harm and suicide: care, interventions and policy. *Nursing Standard*, 18(43), 43 - 52.
- Fachvertreter universitärer Einrichtungen der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychosozialen Medizin. (2000). *Aktuelle Lage und zukünftige Entwicklung der Psychiatrie und Psychotherapie in der Schweiz*. Retrieved 20.09.2006, from <http://www.upd.unibe.ch/DSGP/Psychiatrie.txt.PDF>
- Fallon, P. (2003). Travelling through the system: The lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(4), 393 - 400.
- Fawcett, J. (1999). *Spezifische Theorien der Pflege im Überblick*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Heldner – Metzger, F. (2005). *Klientenzentrierte Psychotherapie Carl. R. Rogers*. Unveröffentlichte Zusammenfassung, Fachhochschule Westschweiz, Standort Visp, Studiengang Pflege.

- Jeff, C., Huffmann, M. D., Theodore, A., Stern, M. D., Rebecca, M., Harley, PH. D., Nancy A., & Lundy, ED. D. (2003). The Use of DBT Skills in the Treatment of Difficult Patients in the General Hospital. *Psychosomatics*, 44(5), 421 - 429.
- Joyce, E., & Thompson, RN. MN. (1990). Finding the Borderline's Border: Can Martha Rogers Help?. *Perspectives in Psychiatric Care*, 26(4), 7 - 10.
- Langley, G. C., & Klopfer, H. (2005). Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(1), 23 - 32.
- Leichsenring, F. (1996). *Borderline – Stile: Denken, Fühlen, Abwehr und Objektbezeichnungen von Borderline – Patienten*. Bern: Hans Huber Verlag.
- LoBiondo – Wood, G., & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung*. München: Urban & Fischer Verlag.
- Nehls, N. (2000). Being a Case Manager for Persons with Borderline Personality disorder: Perspectives of Community Mental Health Center Clinicians. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(1), 12 - 18.
- Nehls, N. (1994). Brief Hospital Treatment Plans for People with Borderline Personality Disorder: Perspectives of Inpatient Psychiatric Nurses and Community Mental Health Center Clinicians. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8(5), 303 - 311.
- Nehls, N. (1994). Brief Hospital Treatment Plans: Innovations in Practice and Research. *Issues in Mental Health Nursing*, 15(1), 1 - 11.
- Nora, A., & Hinojosa, A. (2005). Transference and relationship: Technical Implications in the psychoanalytic process with a borderline patient. *International Forum of Psychoanalysis*, 14(1), 36 - 44.
- Paris, J. (2005). Borderline personality disorder. *CMA Media Inc*, 172(12), 1579 - 1583.
- Piccino, S. (1990). The Nursing Care Challenge: Borderline Patients. *Journal of psychosocial nursing*, 28(4), 22 - 27.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B.P. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung: Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Bern: Hans Huber Verlag.

- Sauter, D., Abderhalden, Ch., Needham, I., & Wolff, St. (2004). *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. Bern: Hans Huber Verlag, Hogrefe AG.
- Schädle – Deiniger, H., & Villinger, U. (1997). *Praktisch psychiatrische Pflege: Arbeitshilfen für den Alltag*. Bonn: Psychiatrie – Verlag.
- Simpson, H. (1997). *Pflege nach Peplau*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Starr, DL. (2004). Understanding Those Who Self – Mutilate. *Journal of psychosocial nursing*, 42(6), 32 - 40.

## **Anhang 1: Suchstrategie**

<b>Datenbank</b>	<b>Begriffe</b>	<b>Treffer</b>	<b>1.Auswahl</b>	<b>2. Auswahl</b>
<b>Pubmed</b>	#1 borderline personality disorder #2 intervention #3 relation #4 nurs*	3544 169155 246378 473086		
1	#1 AND #2 AND #3 AND #4	0	0	0
2	#1 AND #2 AND #3	3	0	0
3	#1 AND #2 AND #4	10	1	1
4	#1 AND #3 AND #4	3	0	0
5	#1 AND #4	112	8 (ein gleicher Treffer wie bei 3)	7
<b>Cinahl</b>	#1 borderline personality disorder #2 intervention #3 relation #4 nurs*	848 69969 32504 521919		
6	#1 AND #2 AND #3 AND #4	9	0	0
7	#1 AND #2 AND #3	16	0	0
8	#1 AND #2 AND #4	87	3 (ein gleicher Treffer wie bei 3)	2
9	#1 AND #3 AND #4	34	0	0
10	#1 AND #4	348	-	-
<b>PsycInfo</b>	#1 borderline personality disorder #2 intervention #3 relation #4 nurs*	3938 84833 98896 53306		
11	#1 AND #2 AND #3 AND #4	0	0	0
12	#1 AND #2 AND #3	7	0	0
13	#1 AND #2 AND #4	11	1 (gleicher Treffer wie bei 5)	0
14	#1 AND #3 AND #4	2	1 (gleicher Treffer wie bei 5)	0



15	#1 AND #4	87	7 (5 gleiche Treffer wie bei 5)	2
<b>Cochrane</b>	#1 borderline personality disorder #2 intervention #3 relation #4 nurs*	240 56721 12983 14898		
16	#1 AND #2 AND #3 AND #4	9	0	0
17	#1 AND #2 AND #3	13	0	0
18	#1 AND #2 AND #4	27	0	0
19	#1 AND #3 AND #4	9	0	0
20	#1 AND #4	27	0	0

## **Anhang 2: Zusammenfassungen der Studien**

Langley, G. C., & Klopfer, H. (2005). Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(1), 23 - 32.

Design, Setting, Sample	Methode/Aufbau	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Stärke der Evidenz Stetler '98	Gütekriterien nach Behrens und Langer '04
<p><b>Design:</b> qualitative, Studie mit interpretativen, deskriptiven Ansatz</p> <p><b>Setting:</b> BPD mit Erfahrungen in Einzel- und Gruppentherapie in Begleitung eines Spezialisten in privater Praxis; Kliniken mit Erfahrungen mit BPD in privaten oder öffentlichen Gesundheitsdiensten</p> <p><b>Sample:</b> 6 BPD (5w, 1m); 3 Psychiater, 4 Psychiatrieschwestern, Sozialarbeiter, 2 Psychologen</p> <p><b>Frage, Ziel</b></p> <p><b>Forschungsfrage:</b> Welche Faktoren werden von Patienten und Kliniken gelebt und welche nützen für eine Verbesserung der mentalen Gesundheit der BPD?</p> <p><b>Ziel:</b> Konzept Vertrauen für therapeutische Beziehung und Pflege für BPD benutzen</p>	<p><b>Datensammlung:</b> individuelle Interviews mit Patienten, 1-2 h; Frage: was finden Patienten als nützlich für ihre Gesundheit?</p> <p>Bei den Kliniken mit einem Teil der Gruppe individuelle Interviews und mit dem anderen fokussierte Gruppendiskussionen; Frage: laut ihrer Erfahrung, was finden sie bei Interaktionen und therapeutischem Management mit BPD nützlich?</p> <p><b>Datenanalyse:</b> Alle Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und transkribiert</p> <p><b>Ethik:</b> Ethikkommission; Probanden schriftlich informiert, informed consent; Anonymität, Ausstiegsmöglichkeiten</p>	<p><b>Vertrauen:</b> Grundlage jeder Beziehung, mit Konzept Hoffnung in Verbindung; Begriffe: helfen wollen, Vertrauen = Anker, Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Verständnis, zuhören, Sicherheit, Ehrlichkeit, BPD = erwachsene Leute, Ruhe, professionell, flexibel, Empathie, Zeit, Kenntnisse über Patienten, Hoffnung</p> <p><b>Verfügbarkeit/Zugänglichkeit:</b> Bestimmte Zeiten müssen Pflegenden da sein – wann, warum muss klar sein; Grenzen, Strukturen für die Eigenverantwortung und Realität der Pat.</p> <p><b>Pflege:</b> Verständnis, aktiv zuhören, verfügbar + zugänglich sein, erfasst werden, sicher fühlen, Grenzen, Strukturen, Eigenkontrolle fördern, Verträge</p> <p><b>Versuchen zu verstehen:</b> Reden unterstützt – anwesend sein, zuhören nicht verstehen – fördert Selbstachtung, Angehörige miteinbeziehen (Vertrauen und Sicherheit), stabile Beziehungen sind positiv für die Therapie</p> <p><b>Professionalität:</b> = ehrlich, vertraulich, flexibel, Expertenwissen, Ruhe, Empathie, Erwachsenen Level, Integration</p> <p><b>Zeit:</b> Vertrauen braucht Zeit, individueller Prozess</p> <p><b>Hoffnung:</b> vorwärts schauen; Vertrauen macht Hoffnung; Hoffnung gibt Glauben für Vertrauen</p>	<p>Vertrauen ist für die therapeutische Beziehung sehr wichtig (Kliniken, Patienten)</p> <p>Beziehung ist essentiell für die Unterstützung der Patienten</p> <p>Feedbacks sind wichtig, Verhalten wird gegenseitig beeinflusst</p> <p>Beim Fehlen von Vertrauen entsteht Skepsis und Misstrauen seitens der BPD</p> <p><b>Anspruch für Vertrauen:</b> Zeitfaktor</p>	IV	<p><b>Glaubwürdigkeit:</b> Forschungsfrage, Methodik (Design, Datenanalyse fehlen) Teilnehmer beschrieben (vage Einschlusskriterien)</p> <p>Literaturrecherche durchgeführt</p> <p>Datensättigung nicht beschrieben</p> <p><b>Aussagekraft:</b> das Vorgehen nachvollziehbar beschrieben</p> <p>Teilnehmer validieren Antworten, Zitate</p> <p>16 Teilnehmer</p> <p><b>Anwendbarkeit:</b> Möglichkeiten zur Umsetzung beschrieben</p> <p><b>Ethik:</b> Berücksichtigt</p>

Fallon, P. (2003). Travelling through the system: The lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(4), 393 - 400.

Design, Setting, Sample	Methode/Aufbau	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Stärke der Evidenz Stetler `98	Gütekriterien nach Behrens und Langer `04
<p><b>Design:</b> qualitativ</p> <p><b>Setting:</b> Borderline – Patienten im Kontakt mit Psychiatriekliniken</p> <p><b>Sample:</b> 7 BPD (Patienten mit Borderline - Persönlichkeitsstörung) (4w, 3m), zwischen 25 und 45 Jahren</p>	<p><b>Methode:</b> Grounded theory</p> <p><b>Datensammlung:</b> unstrukturierte Interviews während einer Stunde, zweite Interviews um das Gesagte zu kontrollieren</p> <p><b>Datenanalyse:</b> Kodieren, Kategorien und Subkategorien um eine Theorie zu entwickeln</p> <p><b>Ethik:</b> Bewilligung durch die Ethikkommissionen, Erklärungen abgegeben, Möglichkeit jeder Zeit auszusteigen</p>	<p><b>Mit BPD leben:</b> Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit; negative Haltungen und Stigmas von Gesundheitsdiensten; fremde Menschen sind gefürchtet</p> <p><b>Zuflucht geben:</b> wann, wo und wie Zuflucht geben; Schlüsselarbeiter sind erste Anlaufstellen, sie sind flexibler und zugänglicher, Qualität der Beziehungen beeinflusst, wer kontaktiert wird; Allgemeinspitäler/Notfallstationen werden negativ beurteilt; flexible Zugänglichkeit der Kliniken ist sehr wichtig</p> <p><b>Antworten:</b> Therapie ist zuhören, Zeit geben, emotionale Unterstützung; Informationen über Aufenthalte sind wichtig, zwischen Kontrolle und Unabhängigkeit besteht Ambivalenz; professionelle Beziehung = Sicherheit; Kommunikation zwischen Teammitgliedern steigern; Pflegeprogramme und Schulungen</p> <p><b>Beziehungen:</b> Beziehungen grösste Unterstützung; Vertrauen ist sehr wichtig; Qualitäten der Beziehungen: Ruhe, Geduld, Wissen, Flexibilität, Empathie, Interessezeigend, Verständnisvoll, Geradlinigkeit</p> <p><b>Sich durchs System bewegen:</b> Bewegungen = pos. und neg. Erfahrungen; Navigation = Strategien um pos. Bewegungen zu steigern; Bewegungen können Progression und Rückfälle bringen; Verhandlungen sind positiv und werden der Vertrauenswürdigkeit gleichgesetzt und fühlen sich in Pflegeprogramme integriert; produktive Beziehungen = weniger Wechsel von Diensten</p>	<p><b>Diskussion:</b> Vertrauen ist schwierig</p> <p>Kommunikation ist zentraler Punkt für die Unterstützung</p> <p>Schulungen um negative Haltungen zu vermindern</p> <p>Pflegeprozesse</p> <p>Offene Kommunikation im Team um Spaltungen vorzubeugen</p> <p><b>Implikation:</b> Beziehung = grösste Unterstützung</p> <p>Flexibilität, Verfügbarkeit, Integration der Pat durch Kommunikation</p> <p>Kenntnisse über Beziehung zwischen Verhalten und früherem Leben von BPD</p>	IV	<p><b>Glaubwürdigkeit:</b> Forschungsfrage, Ziele, Teilnehmer und Methodik beschrieben</p> <p>Literaturrecherche durchgeführt</p> <p>Datensättigung nicht beschrieben</p> <p><b>Aussagekraft:</b> Themen, Vorgang nachvollziehbar beschrieben</p> <p>Teilnehmer validieren Ergebnisse, Zitate</p> <p>7 Teilnehmer</p> <p><b>Anwendbarkeit:</b> Möglichkeiten zur Umsetzung</p> <p><b>Ethik:</b> berücksichtigt</p>
<p><b>Frage, Ziel</b></p> <p><b>Forschungsfrage:</b> Wie erfahren Patienten mit BPD den Kontakt mit Gesundheitsdiensten?</p> <p><b>Ziele:</b> Erfahrungen der Teilnehmer analysieren</p> <p>Strategien für den Beziehungsaufbau mit BPD für Kliniken erstellen</p> <p>Die Perspektiven von Kliniken benutzen um die Rolle, Funktion gegenüber den BPD zu definieren</p>					

Nehls, N. (2000). Being a Case Manager for Persons with Borderline Personality Disorder: Perspectives of Community Mental Health Center Clinicians. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(1), 12 - 18.

Design, Setting, Sample	Methode/Aufbau	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Stärke der Evidenz Stetler `98	Gütekriterien nach Behrens und Langer `04
<p><b>Design:</b> qualitativ</p> <p><b>Setting:</b> BPD und öffentliche Gesundheitsdienste</p> <p><b>Sample:</b> 17 case manager mit mindestens sechs monatiger Erfahrung in der Pflege mit BPD</p>	<p><b>Methodik:</b> interpretative Phänomenologie</p> <p><b>Datensammlung:</b> Individuelle Interviews: Erzählen sie mir von den Erfahrungen mit Borderline – Patienten als case manager und was bedeutet case manager?; Dauer von 60 Minuten; Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und später transkribiert; die persönlichen Daten wurden gelöscht</p> <p><b>Datenanalyse:</b> durch ein Team aus interpretativer Forscher; nach Benner und co; Literaturrecherche</p> <p><b>Ethik:</b> informed consent</p>	<p><b>Wichtigkeit der Selbstachtung andeuten:</b> die impulsiven Verhaltensweisen in der Interaktion mit BPD ansprechen – auf sich selbst achten; Pflege mit Gleichgestellten validieren; interpersonelle Implikationen für suizidale Krisen abwägen; interpersonelle Spiele muss Vertrauen produzieren, die Selbstachtung andeuten hilft über längere Zeit eine Beziehung mit BPD zu haben; Dialoge müssen stattfinden und die Rollen klar sein</p> <p><b>Grenzen setzen:</b> es müssen Grenzen in der therapeutischen Beziehung festgelegt werden – dies kann eine menschliche Beziehung wiederum schwieriger machen, durch Grenzen werden BPD selbstständiger und eine kollaborative Beziehung kann entstehen; keine Illusion für Freundschaft vermitteln – nicht zu intensive Kontakte; BPD haben die Tendenz in der Beziehung den anderen „aufzusaugen“</p>	<p>Zentraler Punkt für die Beziehung ist Gleichgewicht zwischen Power und Kontrolle bewahren</p> <p>Vorraussetzungen über die Verschiedenheit und die Bedeutung der Professionalität zeigen sich in der Beziehung und müssen immer wieder evaluiert werden</p> <p>Dialoge und Grenzen setzen sind für die Beziehung das Unterstützendste für deren Entwicklung</p> <p>Kliniken müssen für Pat da sein</p> <p>Selbstachtung der Pflege</p> <p>Schulungen steigern die Qualität</p>	IV	<p><b>Glaubwürdigkeit:</b> Forschungsfrage, Methodik, Teilnehmer beschrieben</p> <p>Ähnliche Resultate wie andere Studien</p> <p>Literaturrecherche</p> <p>Datensättigung nicht beschrieben</p> <p><b>Aussagekraft:</b> 17 Teilnehmer</p> <p>Vorgang, Aspekte der Beziehung nachvollziehbar , beschrieben</p> <p>Antworten durch Teilnehmer validiert, Zitate</p> <p><b>Anwendbarkeit:</b> Möglichkeiten zur Umsetzung beschrieben</p> <p><b>Ethik:</b> berücksichtigt</p>
<p><b>Frage, Ziel</b></p> <p><b>Frage:</b> Wie können Patienten mit der Borderline – Persönlichkeitsstörung über längere Zeit in der Beziehung unterstützt werden?</p> <p><b>Ziel;</b> das Verständnis für BPD erweitern</p>					

Nehls, N. (1994). Brief Hospital Treatment Plans for People with Borderline Personality Disorder: Perspectives of Inpatient Psychiatric Nurses and Community Mental Health Center Clinicians. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8(5), 303 - 311.

Design, Setting, Sample	Methode/Aufbau	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Stärke der Evidenz Stetler '98	Gütekriterien nach Behrens und Langer '04
<p><b>Design:</b> qualitativ</p> <p><b>Setting:</b> stationäre Pat und öffentliche Gesundheitsdienste</p> <p><b>Sample:</b> 5 stationäre Psychiatriepflegende, 8 allgemeine Spitäler (Psychiater, Psychologen, Pflegende, Sozialarbeiter, Bachelor mit Erfahrungen im Gesundheitsdienst)</p>	<p><b>Methodik:</b> Hermeneutik (interpretative Hermeneutik)</p> <p><b>Datensammlung:</b> unstrukturierte Interviews: ich bin interessiert die Erfahrung mit kurzen Therapieplänen für BPD zu verstehen?</p> <p><b>Datenanalyse:</b> Analyse durch ein geschultes Team anhand der Hermeneutik – genau beschrieben in Studie</p> <p><b>Ethik:</b> informed consent, Identifizierung der Professionalität der Gesundheitsdienste soll Vertraulichkeit steigern</p>	<p><b>Allgemein:</b> Identifikation von Mustern der Paradoxen des Helfens; Paradoxie ist ein Teil von menschlichen Bedingungen; sollen im Gesundheitswesen anerkannt und lösend sein</p> <p><b>Kontrolle des Empowerments:</b> wünschbarer Prozess, Vermittlung des Fehlens von Powerlosigkeit, Entfremdung, Kontrollverluste; die Paradoxie = wie Power beiderseits gegeben und erhalten werden kann? Empowerment muss einbezogen werden – wann Aufnahme und die Motivation der Pflegenden Verantwortung zu tragen; eine Paradoxie – idealistische Wünsche der Klienten; kurze Therapiepläne gibt das Gefühl, dass das System sich für den Klienten bewegt; die Pläne sind eine Form von Power und Kontrolle; empowerment = jemanden befähigen etwas zu tun, darum muss die Pflege verstanden werden, wie Interventionen verändert werden können um zu helfen und zu erweitern.</p> <p><b>Verbindliche, obligatorische Pflege:</b> Einbezug der Klienten macht Verantwortung, Kontrolle und ein gutes Gefühl; kurze Therapiepläne macht Pflege zugänglich; flexible und freie Pflege, die Präsenz ist wichtig; Dialoge sind unterstützend – Zeit ist schwierig; Zeit nehmen um das Leid der BPD zu verstehen; Verträge; eine Lösung – extreme Domination, Abhängigkeit und Unterdrückung; zweite Lösung – vorwärts bewegen, es gibt ein Ende für Pflege und Patient in kurzen Plänen</p>	<p>Unterstützende Praktiken zeigen sich in Verträgen und Lösungen für anderes Denken, dass die Unverbundenheit erweitert wird; Patienten nicht kontrollieren, sondern frei geben (Respekt, pos Eindrücke) – eine Form von freiem Geben, teilen und gibt Pflege den Patienten zurück; Vertrag – Motivation, was Klient sein will und dies ist Ziel für die Beziehung; neue Sprache um Empowerment anzupassen; Dialoge – sprechen und zuhören um Hilfe des BPD zu spüren; Schulungen und Supervisionen; es braucht neue Perspektiven von psychischer Pflege</p>	<p>IV</p>	<p><b>Glaubwürdigkeit:</b> Ziel, Methodik, Teilnehmer beschrieben</p> <p>Literaturrecherche nicht beschrieben</p> <p>Ähnliche Ergebnisse wie andere Studien</p> <p>Datensättigung nicht beschrieben</p> <p><b>Aussagekraft:</b> 13 Teilnehmer</p> <p>Verschiedene Aspekte angesprochen</p> <p>Keine Validation der Antworten</p> <p><b>Anwendbarkeit:</b> Kurze Therapiepläne zeigen Möglichkeiten zur Umsetzung</p> <p><b>Ethik:</b> berücksichtigt</p>
<p><b>Frage, Ziel</b></p> <p><b>Ziel:</b> Erfahrungen von Psychiatriepflegenden und anderen Professionellen aus Gesundheitsdienst mit BPD analysieren und für die Entwicklung eines Therapieprogramms für BPD nutzen</p> <p><b>Hintergrund:</b> Risiken vorhanden, wenn Aufenthalte lange sind und der Aufnahmegrund muss injiziert sein</p>					

Nora, A., & Hinojosa, A. (2005). Transference and relationship: Technical Implications in the psychoanalytic process with a borderline patient. *International Forum of Psychoanalysis*, 14(1), 36 - 44.

Design, Setting, Sample	Methode/Aufbau	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Stärke der Evidenz Stetler `98	Gütekriterien nach Behrens und Langer `04
<b>Design:</b> Fallbericht  <b>Setting:</b> BPD in therapeutischer Beziehung  <b>Frage, Ziel</b> Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und Übertragung aufzeigen  <b>Ziel:</b> therapeutische Beziehung, Übertragung, Unbewusstsein und Beziehungsmuster in Betracht ziehen	<b>Methode:</b> nicht beschrieben  Anhand eines Fallbeispiels wird Theorie aufgezeigt	Übertragung ist neue Erfahrung in Beziehung, psychische Realität auf andere Objekte übertragen, wiederholendes Beziehungsmuster  Psychoanalyse fokussiert sich vom interpersonellen zum intrapsychischen Leben mit verlorener interpersoneller Beziehungstechnik  BPD haben Inkongruenz zwischen (non)verbaler Kommunikation mit Resultat Beziehungen zu spalten  Wiederholende Themen zeigen Hauptkonflikt für Übertragung: Patientenwunsch, Reaktion auf diesen und Gegenreaktion des Pat  Verbesserungen durch bewusste Interaktion, zusammen mit Pat Situationen besprechen, Gefühle und Verhalten um neg Übertragungen festzustellen und klare therapeutische Zusammenarbeit festlegen; Konfrontation; konstante Klarifikation der Beziehung und Kommunikation  Bei BPD stellen Ignoranz, Misstrauen und Furcht für Kontrolle dar  Mit Vorsicht und Respekt handeln	Bewusstes reflektieren, Unbewusstes interpretieren um Beziehung Priorität zu geben  Vorsichtig mit eigenen Gefühlen und Verhalten umgehen  Realität in Beziehung bringen, Darstellungen von sich Selbst und anderen reflektieren um in Beziehung zu integrieren  Verhalten und Interaktion vermindern, die verbale Kommunikation behindern  Vorsichtige und konstante Interpretation der neg Übertragung  Skills anwenden, wichtig persönliche Skripts und Stories verstehen  Bedeutung der Übertragung in Beziehung bekannt machen  Empathie und Neutralität	V	<b>Glaubwürdigkeit:</b> Ziel, Absicht beschrieben  Keine Methodik beschrieben  Niedriger Evidenzgrad, Ähnlichkeit mit anderen Studien (Übertragbarkeit)  25 Quellenangaben  <b>Aussagekraft:</b> Nachvollziehbar durch Fallbeispiel  Keine Systematik  <b>Anwendbarkeit:</b> Möglichkeiten zur Umsetzung beschrieben  <b>Ethik:</b> teils berücksichtigt

Jeff, C., Huffmann, M. D., Theodore, A., Stern, M. D., Rebecca, M., Harley, PH. D., Nancy A., & Lundy, ED. D. (2003). The Use of DBT Skills in the Treatment of Difficult Patients in the General Hospital. *Psychosomatics*, 44(5), 421 - 429.

Design, Setting, Sample	Methode/Aufbau	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Stärke der Evidenz Stetler '98	Gütekriterien nach Behrens und Langer '04
<b>Design:</b> Fallbericht  <b>Setting:</b> schwierige Pat im Allgemeinspital	<b>Methodik:</b> keine beschrieben  <b>Aufbau:</b> Einleitung	<b>DBT:</b> Psychotherapie für BPD von Marsha Linehan 1980, kognitive Verhaltenstherapie; vermindert Selbstverletzungen, Hospitalisationen, fördert soziale Kompetenz, reguliert Emotionen; mit Skills arbeiten (Denkmuster, interpersonal, Distress Toleranz, emotionale Regulation)	<b>Zusammenfassung:</b> Theorie und Skills der DBT können im Allgemeinspital nutzvoll sein  Gefühle beiderseits validieren  Dialektik  Verhaltensinterventionen  Skills lehren (Distress Toleranz, interpersonale Effektivness, Reduzierung der Hoffnungslosigkeit)  DBT vermindert Distress und verbessert die Pflege von BPD	V	<b>Glaubwürdigkeit:</b> Forschungsfragen, Ziel beschrieben  Keine Methodik  24 Quellenangaben, neuere Literatur einbezogen  Niedriger Evidenzgrad, DBT erfolgreichste Therapie für BPD  <b>Aussagekraft:</b> Nachvollziehbar durch Fallbeispiel  Keine Systematik  <b>Anwendbarkeit:</b> Möglichkeiten zur Umsetzung der DBT bzgl Beziehung beschrieben  Kenntnisse über DBT nötig  <b>Ethik:</b> teils berücksichtigt
<b>Frage, Ziel</b>  <b>Forschungsfragen:</b> Wie kooperieren Patienten besser mit dem medizinischen Umfeld, so dass sie die Pflege, die sie verdienen und ihnen nützt, erhalten?  Wie können Pflegefachpersonen effektiver schwierige Patienten managen?  <b>Ziel:</b> besserer Umgang der Pflegenden mit den emotionalen Reaktionen gegenüber BPD	Fallbeispiel  Begriffsdefinition  Konzept DBT  Anwendung von DBT Skills  Zusammenfassung	<b>Anwendung:</b> Validation (Gesagtes wiederholen, verstehen und sich verstanden fühlen, Teamarbeit); Dialektik (gute und schlechte Seiten zeigen und die Patienten so sehen, Beziehung entwickelt sich, Grenzen); Verhaltenstherapie (Abmachungen für Respekt, Vertrauen aufstellen – langzeitige Kontrolle); Skills (unterstützend in Krisen); Patienten lehren (ablenken, sich etwas Gutes tun, sicherer Ort wählen usw., individuell, Notfallkoffer), interpersonelle Skills (Dialektik für Akzeptanz und Validation für den Nutzen, Gefühle identifizieren und validieren, nötige Skills anwenden); Pflegende lehren (Gefühle lehren, Kommunikation üben, Pat verlangen hohe Kooperation, therapeutische Interaktion lernen – Vorurteile – Team, radikale Akzeptanz bei Frust und Überwältigung)			



Joyce, E., & Thompson, RN. MN. (1990). Finding the Borderline's Border: Can Martha Rogers Help?. *Perspectives in Psychiatric Care*, 26(4), 7 - 10.

Design, Setting, Sample	Methode/Aufbau	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Stärke der Evidenz Stetler '98	Gütekriterien nach Behrens und Langer '04
<b>Design:</b> Fallbericht <b>Setting:</b> BPD <b>Frage, Ziel:</b>	<b>Methodik:</b> wird nicht beschrieben <b>Aufbau:</b> Beschreibung von BPD  Das Modell  Fallbeispiel  Pflegeimplikationen  Schlussfolgerung	<b>Das Modell:</b> Menschen und Umfeld sind Energiefelder mit verschiedenen Frequenzen, sie stehen in wechselseitiger Interaktion (offene Systeme)  Ein offenes System ist durch wechselnde Energie zwischen Person und Umfeld charakterisiert und beeinflussen sich gegenseitig  BPD sind Energiefelder, bei dem die Frequenz sehr schnell wechselt, Pflegende sind Energiefelder des Umfeldes. Das Energiefeld der BPD enthält hohe Spannung, die in der Interaktion festgestellt wird  <b>Pflegeimplikationen:</b> (Gegen)Übertragbarkeiten mit BPD konzeptualisieren  Therapeutischer Kontakt, Humor = symphonische Interaktion  Pflegende müssen sich hin zu den aktuellen Erfahrungen der Pat. bewegen = dynamische Interaktion  Gegenübertragbarkeit ist Norm	Modell ist komplizierter als beschrieben  Psychodynamik von BPD ist komplexer und tiefgründiger  Mit Hilfe des Modells ist möglich bestimmte Aspekte von BPD neu zu formulieren  Pflegefachpersonen der Psychiatrie haben keine Erfolge Theorien für Allgmeinpflege zu formulieren	V	<b>Glaubwürdigkeit:</b> Ziel beschrieben  Keine Methodik  10 Quellenangaben  Niedriger Evidenzgrad, Ähnlichkeit mit anderen Ergebnissen  <b>Aussagekraft:</b> Modell ist knapp erklärt, aber nachvollziehbar durch Fallbeispiel  keine Systematik  <b>Anwendbarkeit:</b> Wenige Möglichkeiten zur Umsetzung beschrieben  klare Gegenübertragbarkeitserklärungen  <b>Ethik:</b> teils berücksichtigt

Cook, SH., Clancy, C., & Sanderson, S. (2004). Self – harm and suicide: care, interventions and policy. *Nursing Standard*, 18(43), 43 - 52.

Design, Setting, Sample	Methode/Aufbau	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Stärke der Evidenz Stetler `98	Gütekriterien nach Behrens und Langer `04
<p><b>Design:</b> Expertenmeinung</p> <p><b>Setting:</b> Patienten, die sich selbstverletzen und Suizidversuche ausüben</p> <p><b>Frage, Ziel:</b></p> <p><b>Ziel:</b> Bewusstsein und Verständnis für selbstverletzendes und suizidales Verhalten in allen Gesundheits- und sozialen Diensten fördern</p> <p><b>Ziel:</b> Verständnis der Verhaltensmuster</p> <p>Implikationen für Umgang und therapeutische Beziehung</p> <p>Bedürfnisse dieses Klientels beschreiben</p> <p>Rolle der Pflege und Interventionen</p> <p>Wie Rolle politische Einflüsse hat</p>	<p><b>Methode:</b> nicht beschrieben</p> <p><b>Aufbau:</b> Problem-darstellung</p> <p>Zwischen den Erklärungen sechs Time outs um das Denken des Lesers anzuregen</p>	<p><b>Ergebnisse bezüglich Beziehungsaufbau:</b> Wenn therapeutische Beziehung besteht, werden Assessment und therapeutische Interventionen erleichtert</p> <p>Oft leugnen Pat ihr Verhalten - Pflegende müssen ruhig und geduldig sein</p> <p><b>Strategien:</b> ungestörten Raum zur Verfügung stellen</p> <p>Klare Grundsätze festlegen um Vertrauen aufzubauen</p> <p>Ressourcen nutzen</p> <p>Pat. Perspektive empathisch betrachten</p>	<p>Artikel zeigt Möglichkeiten um selbstverletzendes und suizidales Verhalten zu managen und vorzubeugen</p> <p>Diese Arbeit kann schwierig und frustrierend sein, weil die Werte und Normen wechseln</p> <p>Professionelle müssen ihre Haltungen wechseln, wenn sie etwas bewirken wollen: sie glauben, dass die Pat manipulativ handeln und Zeitverschwender sind</p>	VI	<p><b>Glaubwürdigkeit:</b> Sehr viele Forscher einbezogen</p> <p>Ziele, Absichten beschrieben</p> <p>Keine Methodik</p> <p>Niedriger Evidenzgrad</p> <p><b>Aussagekraft:</b> Resultate nachvollziehbar beschrieben</p> <p><b>Anwendbarkeit:</b> Wenige, jedoch neue Strategien bezüglich des Beziehungsaufbaus</p> <p><b>Ethik:</b> Nicht berücksichtigt</p>

Starr, DL. (2004). Understanding Those Who Self – Mutilate. *Journal of Psychosocial Nursing*, 42(6), 32 - 40.

Design, Setting, Sample	Methode/Aufbau	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Stärke der Evidenz Stetler `98	Gütekriterien nach Behrens und Langer `04
<b>Design:</b> Expertenmeinung  <b>Setting:</b> BPD	<b>Methodik:</b> nicht beschrieben  <b>Aufbau:</b> Hintergrund	<b>Psychodynamische Theorie:</b> Betroffene haben Probleme Gefühle auszudrücken, Gefühl nicht verstanden zu werden – aktives Zuhören spielt zentrale Rolle für professionelle Beziehung  <b>Biochemische und objektive Theorie, Traumatheorie:</b> Missbräuche, Ausdruck von Wut  <b>Pflege der Selbstverletzung:</b> Verhalten wird als Manipulation, Aufmerksamkeitsbedürfnis angesehen; komplex und herausfordernd; Vertrauen gewinnen ist aufgrund ihrer Erfahrungen schwierig; DBT wird angesprochen; BPD wollen Schulungen für Pflegenden damit sie empathischer werden; Pflegende müssen genau fragen was passiert ist um Gefühl des Verständnisses zu steigern, aktiv zuhören, wollen mit Würde und Ungestörtheit behandelt und verstanden werden  <b>Implikationen:</b> Pflegende müssen gewalttätige Erfahrungen erkennen, sicheres Gefühl schaffen, Gefühle ansprechen, gegenseitige Kooperation, Unterstützung, Motivation, Kontrolle, Kompetenzen der Patienten einbeziehen, Gespräche + aktives Zuhören = professionelle Beziehung, Respekt,	komplexes Phänomen und die Prävalenz bei weiblich Jung – Erwachsener ist steigend  das Schaffen von Vertrauen und das Verstehen des Phänomens sind zentrale Themen  Pflegefachpersonen sollten von kompetenten Praktikern unterstützt werden (zum Beispiel in DBT)	VI	<b>Glaubwürdigkeit:</b> keine Fragestellung, Absicht  keine Methodik  24 Quellenangaben  Niedriger Evidenzgrad, Ähnlichkeit mit anderen Studienergebnissen  <b>Aussagekraft:</b> Nachvollziehbar beschrieben  Keine Systematik  <b>Anwendbarkeit:</b> Ergänzung zu anderen Ergebnissen  <b>Ethik:</b> nicht berücksichtigt
<b>Frage</b>  <b>Frage:</b> keine spezifische Frage, Problemdarstellung	Literaturreview  Theoretische Perspektiven der Selbstverletzung  Gründe für die Selbstverletzung  Pflege der Selbstverletzung  Implikationen für die Pflege  Schlussfolgerung				

Bowden, K. (2002). Inpatient nursing of borderline personality disorder. *Visent's Health Care Campus Nursing Monograph*, 9-12.

Design, Setting, Sample	Methode/Aufbau	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Stärke der Evidenz Stetler '98	Gütekriterien nach Behrens und Langer '04
<b>Design:</b> Expertenmeinung  <b>Setting:</b> stationäre BPD  <b>Frage, Ziel:</b>	<b>Methode:</b> nicht beschrieben  <b>Aufbau:</b> Einleitung  Definition der Störung	<b>Stationäres Management:</b> traditionelle Interventionen (intensive Überwachung, Beobachtung) steigern Schutzmechanismen der BPD und Opfergefühle; nur kurze Aufnahmen – beim Nehmen der Verantwortung fallen BPD in kranke Rollen und steigert das regressive Verhalten  <b>Interesse für Pflegende:</b> bei BPD weniger Empathie, Verfügbarkeit, Konfrontation, Rückhalt – negative Haltungen (Schulungen, Gegenübertragungen verstehen)  <b>Interventionen:</b> schulische Unterstützung fördert professionelle Beziehung; Reaktionen nachvollziehen und effektiv kommunizieren, Therapiepläne erstellen; Gegenübertragungen reflektieren und sich diesen Reaktionen bewusst sein; Verträge – Sicherheit steigert therapeutische Beziehungen; klare und erreichbare Ziele; Konsequenzen und Grenzen festlegen; klare Kommunikation	Nicht traditionelle Interventionen anwenden – steigert regressives Verhalten  Verträge zusammen mit BPD aufstellen  Klare, zukunftsgerichtete Interventionen und Pläne  Schulungen und klinische Supervisionen – Störung und Gegenübertragungen verstehen	VI	<b>Glaubwürdigkeit:</b> Ziel beschrieben  Hintergrund der Störung beschrieben  Niedriger Evidenzgrad, Ähnlichkeit mit anderen Studien  20 Quellenangaben  <b>Aussagekraft:</b> Keine Systematik  Verständliche Erklärungen  <b>Anwendbarkeit:</b> Ergänzung zu anderen Ergebnissen  <b>Ethik:</b> nicht berücksichtigt

Piccino, S. (1990). The Nursing Care Challenge: Borderline Patients. *Journal of psychosocial nursing*, 28(4), 22-27.

Design, Setting, Sample	Methode/Aufbau	Ergebnisse	Schlussfolgerungen	Stärke der Evidenz Stetler '98	Gütekriterien nach Behrens und Langer '04
<p><b>Design:</b> Expertenmeinung</p> <p><b>Setting:</b> Zusammenarbeit zwischen BPD und Pflegefachpersonen</p> <p><b>Frage, Ziel:</b></p> <p><b>Ziel:</b> Der Artikel adressiert sich an Pflegefachpersonen, die Reaktionen von Gegenübertragbarkeiten in der Zusammenarbeit mit BPD erleben.</p> <p>Die Erfassung der Effekte des Verhaltens oder Probleme, die bei der Zusammenarbeit mit BPD entstehen.</p> <p>Die Empfehlung von Strategien und Taktiken für Pflegefachpersonen, die mit BPD erfolgreich arbeiten wollen.</p>	<p><b>Methodik:</b> wird nicht beschrieben</p> <p><b>Aufbau:</b> Beschreibung der Persönlichkeitsstörung</p> <p>Effekte bei Pflegenden</p> <p>Empfehlungen</p> <p>Schlussfolgerung</p>	<p><b>Effekte bei Pflegenden:</b> durch die intensiven Emotionen können Spannungen, Erschöpfungen, Burnout und Fluktuationen entstehen</p> <p>Die Unfähigkeit der BPD dialektisch zu denken, kann Spaltungen im Team hervorrufen, BPD beeinflussen den physischen Zustand der Pflegenden</p> <p>Spaltungen stehen im Zusammenhang mit Gegenübertragbarkeitsgefühlen</p> <p><b>Empfehlungen Gegenübertragbarkeiten:</b> Pflegende müssen ihre eigene Rolle kennen, mit BPD Geduld haben, diese Gefühle tolerieren und sie als Teil der Therapie ansehen</p> <p>Unzweideutige, offene Kommunikation, ein tragendes System bei den Pflegenden, Loyalität</p> <p>Supervisionen, Patientenbesprechungen</p>	<p>Offene Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten und zwischen Pflegenden</p> <p>Pflegende, die persönlicher und professioneller werden wollen, müssen ihr Verständnis gegenüber den BPD erhöhen</p>	VI	<p><b>Glaubwürdigkeit:</b> Absicht, Ziel beschrieben</p> <p>14 Quellenangaben</p> <p>Niedriger Evidenzgrad, Ähnlichkeit mit anderen Studienergebnissen (Martha Rogers)</p> <p><b>Aussagekraft:</b> Erklärung nachvollziehbar beschrieben</p> <p>Keine Systematik</p> <p><b>Anwendbarkeit:</b> Ergänzung zu anderen Ergebnissen</p> <p><b>Ethik:</b> nicht berücksichtigt</p>

### **Anhang 3: Gütekriterien nach Behrens und Langer (2004)**

## Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: .....

Forschungsfrage: .....

### Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?

2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie

3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?

4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? Wie erfolgte die Auswahl?

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? Auch die Perspektive des Forschers?

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? Methode der Datensammlung?

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? Codes, Motive, Themen? Verstehende Hermeneutik

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? Wenn nein: warum nicht?

### Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmende?

### Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

## Beurteilung von Standards und Leitlinien

Quelle: .....

Forschungsfrage: .....

### Glaubwürdigkeit

1. Ist das Thema der Leitlinie klar formuliert? *genug eingegrenzt*

2. Wie wurde die Leitlinie erstellt? *Schritte?*

3. Wurden alle wichtigen Möglichkeiten und Ergebnisse klar beschrieben und nachvollziehbar beurteilt? *Alternativen beleuchtet oder beurteilt*

4. Bezieht die Leitlinie wichtige aktuelle Entwicklungen mit ein?

5. Wurde die Leitlinie von Experten begutachtet und getestet?

6. Wurden konkrete, für die Praxis wichtige Empfehlungen ausgesprochen?

### Aussagekraft

7. Wie gut war die Recherche? *welche Datenbanken? Experten? Quellen analysiert? Handschrift*

8. Wie gut waren die einzelnen Studien? *Stärke der Evidenz? Stichprobengröße? Bias?*

7. Stimmen die Ergebnisse verschiedener Studien überein?

### Anwendbarkeit

9. Ist das Hauptziel der Leitlinie mit meinem Ziel identisch?

10. Sind die Empfehlungen bei meinen Patienten anwendbar? *Ähnliche Patienten? Ähnliche Umgebung?*

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6



# Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse

Quelle: .....

Forschungsfrage: .....

## Glaubwürdigkeit

1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht? Klar formuliert? Genug eingegrenzt? Bereits im Titel genannt?
2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen? Welche Kriterien? Welche Studiendesigns?
3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden? Welche Datenbanken wurden genutzt? Handsuche? Befragung von Experten? Welcher Zeitraum?
4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt? Welche Kriterien: Randomisierung, Verblindung, Follow-up?
5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar? Quellen angegeben?
6. Stimmten die Forscher bei der Bewertung der Studien überein? Mehrere Personen? Grad der Übereinstimmung?
7. Waren die Studien ähnlich? Patienten, Intervention, Ergebnismaß, Studiendesign? Heterogenitätsstest?

## Aussagekraft

8. Was sind die Ergebnisse? Odds ratio? Relatives Risiko? Mittelwert-Differenz?
9. Wie präzise sind die Ergebnisse? Konfidenzintervall? Studien gewichtet?

## Anwendbarkeit

10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?
11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? Nebenwirkungen? Compliance?
12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? Kostenanalyse? Number-Needed-To-Treat?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

## **Anhang 4: Evidenzgrad nach Stetler (1998)**

Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core (1999)	Stetler et al. (1998a; Stetler et al., 1998b)	Rosswurm & Larabee (1999)	U.S. Preventive Services Task Force (1996)
<b>Stärke und Konsistenz der Bewertung des Evidenzgrades</b> A. Evidenz aus einer gut konzipierten Metaanalyse B. Evidenz aus gut konzipierten, kontrollierten Versuchen, randomisiert wie nicht-randomisiert, deren Ergebnisse konsistent eine bestimmte Handlung (z. B. Messung), Intervention oder Behandlung unterstützen C. Evidenz aus Beobachtungsstudien (z. B. deskriptiven Korrelationsstudien) oder kontrollierten Versuchen mit inkonsistenten Ergebnissen D. Evidenz aus Expertenmeinungen oder verschiedenen Fallberichten	<b>Stärke der Evidenz</b> I. Metaanalyse verschiedener kontrollierter Studien II. Einzelne Experimentalstudie III. Quasi-experimentelle Studie, zum Beispiel nicht randomisierter kontrollierter Einzelgruppen-Präposttest, Langzeit mit Testserien oder parallelisierte Fallkontrollierte Studien IV. Nicht-kontrollierte Studie, zum Beispiel deskriptive Korrelationsstudien, qualitative oder Fallstudien V. Fallbericht oder systematisch ermittelte, verifizierbare Qualität oder Programm-Evaluierungsdaten VI. Meinungen angesehener Autoritäten; oder die Meinungen eines Expertenkomitees, einschließlich ihrer Interpretation von nicht-forschungsbasierten Informationen	<b>Qualität der Evidenz</b> I. a. Metaanalyse randomisierter Versuche b. Ein randomisierter kontrollierter Versuch II. a. Eine gut konzipierte kontrollierte Studie ohne Randomisierung b. Ein weiterer Typ einer gut konzipierten quasi-experimentellen Studie III. Vergleichende, Korrelationsstudie und andere deskriptive Studien IV. Evidenz aus Berichten von Expertenkomitees und Expertenmeinungen	<b>Qualität der Evidenz</b> I. Evidenz durch mindestens einen richtig randomisierten, kontrollierten Versuch II-1. Evidenz durch gut konzipierte, kontrollierte Versuche ohne Randomisierung II-2. Evidenz durch gut konzipierte Kohorten- oder Fallkontrollierte analytische Studien, bevorzugt aus mehr als einem Zentrum oder einer Forschungsgruppe II-3. Evidenz durch multiple Langzeitstudien mit Testserien, mit oder ohne Intervention. Aufsehen erregende Ergebnisse in unkontrollierten Experimenten (zum Beispiel die Ergebnisse bei der Einführung der Penicillin-Behandlung in den 1940er-Jahren) können ebenfalls diesem Typ von Evidenz zugerechnet werden. III. Meinungen angesehener Autoritäten auf der Basis klinischer Erfahrung; deskriptive Studien und Fallberichte, oder Berichte von Expertenkomitees

Tabelle 20.2 Zusammenfassung von Bewertungssystemen evidenzbasierter Praxis.